التدخل المبكر

مقدمة في التربية الخاصة

في الطفولة المبكرة

الأستاذ الدكتور
جمال الخطيب

الدكتورة
منى الحديدي

كلية العلوم التربوية ـ الجامعة الأردنية



التدخل المبكر

مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة

رقم التصنيف : ٣٧٢,٢١
رقم الايداع لدى دائرة المكتبة الوطنية : ١٩٩٨/٧/١١٣٧
المؤلف ومن هو في حكمه : جمال الخطيب ، منى الحديدي
عنوان الكتاب : التدخل المبكر مدخل الى التربية الخاصة في الطفولة المبكرة
الموضوع الرئيسي : ١- العلوم الاجتماعية
٢- التربية الخاصة - الطفل
بيانات النشر : عمان - دار الفكر للنشر

* - تم اعداد بيانات الفهرسة والتصنيف الأولية من قبل دائرة المكتبة الوطنية

ردمك ISBN 9957-07-007-X

الطبعة الأولى
١٤١٩هـ - ١٩٩٨م

دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع

سوق البتراء (الحجيري) - هاتف ٤٦٢١٩٣٨
فاكس ٤٦٥٤٧٦١ ص.ب ١٨٣٥٢٠ عمان ١١١١٨ الأردن

DAR AL-FIKR ®

for Publishing& Distribution
tel : 4621938 Fax : 4654761
P.O. Box : 183520 Amman 11118 Jordan

التدخل المبكر

مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة

تأليف

الأستاذ الدكتور جمال الخطيب

الدكتورة منى الحديدي

قسم الارشاد والتربية الخاصة

كلية العلوم التربوية - الجامعة الأردنية

دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع

عمان - الأردن

الفهرس

مقدمة

الحمد لله الذي يسّر لنا تأليف هذا الكتاب وبعد ، فإن كتاب «التدخل المبكر : مدخل إلى التربية الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة» وانما هو نتاج ما يقرب من ثلاث سنوات من الجهد والبحث . ويضم الكتاب خمسة أبواب تتألف من ثلاثة عشر فصلاً . الباب الأول «أساسيات التدخل المبكر» يضم فصلين هما التدخل المبكر : المفاهيم والمبادئ ، وتقديم خدمات التدخل المبكر . ويتألف الباب الثاني «الإعاقات في الطفولة المبكرة» من ثلاثة فصول على النحو التالي . الفصل الثالث وهو حول الاعاقات العقلية والجسمية ، والفصل الرابع ويبحث في الاعاقات الحسية والتواصلية ، والفصل الخامس وموضوعه الإعاقات السلوكية والصعوبات التعلمية .

أما الباب الثالث فهو يعالج القضايا المتعلقة بالكشف المبكر عن الإعاقة والوقاية منها وهو يتألف من فصلين ، السادس ويبحث في الكشف المبكر عن الإعاقة والسابع ويتناول الوقاية من الإعاقة .

وأما الباب الرابع فعنوانه «الأساليب والأنشطة في برامج التدخل المبكر» وهو يتألف من خمسة فصول . يتناول الفصل الثامن تقويم استعداد الأطفال للتعلم المدرسي ، ويعالج الفصل التاسع أساليب تطوير المهارات الإدراكية والحركية . ويتناول الفصل العاشر المهارات اللغوية الاستقبالية والتعبيرية والمهارات الاجتماعية / الانفعالية . ويبحث الفصل الحادي عشر في مهارات العناية بالذات والاثارة الحسية . ويعالج الفصل الثاني عشر الاعتبارات الخاصة بتعليم الأطفال المعوقين الصغار في السن .

وأخيراً ، يعالج الباب الخامس القضايا ذات الصلة باسر الأطفال المعوقين حيث يتناول الفصل الثالث عشر الأدوار المحتملة للأسـر ويبين استراتيجيات دعم هذه الأسر .

لقد اصبحت الحاجة إلى برامج التدخل المبكر أكثر وضوحاً من أي وقت مضى . فمن ناحية ، يعاني حوالي 10٪ من الأطفال من تأخر نمائي أو إعاقة ما . ومن ناحية أخرى ، تؤكد المنظمات الدولية والاقليمية المتخصصة ان حوالي 50٪ من اضطرابات النمو والإعاقة قابلة للوقاية باجراءات بسيطة وغير مكلفة نسبياً . وذلك يعني أهمية التعرف إلى اضطرابات النمو التي قد يعاني منها الأطفال الصغار في السن وتطوير الأساليب والأدوات المناسبة للكشف المبكر عنها من جهة وتصميم البرامج التعليمية والعلاجية الفاعلة من جهة أخرى . وتلك هي المجالات الرئيسة التي يهتم علم التدخل المبكر بها .

وعلى الرغم من أن مقولة «درهم وقاية خير من قنطار علاج» ومقولة «العلم في الصغر كالنقش في الحجر» وغيرهما من المقولات التي تبرز مخاطر عدم اكتشاف المشكلات ومعالجتها مبكراً ليست مقولات حديثة ، الا أن ميدان التدخل المبكر ميدان حديث العهد نسبياً في معظم دول العالم .

إن هذا الكتاب يسعى إلى توضيح ماهية التدخل المبكر والتعريف بفلسفته ومبادئه واستراتيجياته والتأكيد على أهميته . ومن الواضح أن تحقيق مثل هذا الهدف ليس أمراً سهلاً . لذا حاولنا في كتابنا هذا التركيز على القضايا الأكثر أهمية من الناحيتين النظرية والعملية . وكان اهتمامنا في عملية إعداد الكتاب منصباً على الإجابة بوضوح عن الأسئلة الرئيسة التالية : ما هو التدخل المبكر ومن هم الذين يحتاجون إليه؟ وما أفضل السبل لتقديمه؟ وهل هو فعال حقاً؟

ومن الذي يقدم خدمات التدخل المبكر؟ وهل يمكن الوقاية من الإعاقة؟ وكيف يمكن اكتشافها مبكراً في حالة حدوثها؟ وما هي البرامج والأنشطة التي يتضمنها التدخل المبكر؟

نرجو أن نكون قد وفقنا في عملنا هذا .

والله ولي التوفيق

المؤلفان

عمان -1998

الباب الأول

أساسيات التدخل المبكر

الفصل الأول

التدخل المبكر: المفاهيم والمبادئ

مقدمة

يتبين المتأمل في تطور ميدان التربية الخاصة في العقود الماضية أن انجازات كبيرة قد تحققت سواء من حيث المناهج أو الأساليب أو آليات تقديم الخدمات . فقد إنبثقت فلسفات ومفاهيم جديدة نتيجة محاولات الباحثين والممارسين ترجمة الظواهر الطبية والنفسية والإجتماعية إلى لغة تربوية . فالمؤسسات الداخلية والمدارس النهارية الخاصة والتي كانت تمثل الأوضاع المألوفة لتعليم وتدريب ذوي الحاجات الخاصة لم تعد تحظى بالقبول فالتوجه حالياً قوي نحو الدمج والمدارس الجامعة . وأعيد التفكير بإعداد المعلمين وبالعلاقة بين التربية الخاصة والتربية العادية . كذلك أعيد النظر بأدوار كل من المدرسة والمنزل وبالعلاقة بينهما وتغيرت الممارسات المتصلة بالتقويم والتصنيف . على أن ما يهمنا هنا هو الاهتمام الذي توليه دول العالم حالياً بالتربية الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة أو بما يعرف على نطاق واسع بالتدخل المبكر . وقد جاء هذا الاهتمام كنتيجة حتمية للأدلة القوية التي قدمتها البحوث العلمية في العلوم النفسية والتربوية حول الدور الحاسم للعوامل البيئية في السنوات الأولى من العمر في تغيير مسارات النمو . فقد بينت الدراسات بما لا يدع مجالاً للشك عدم صحة مقولة أن النمو يتقرر في ضوء الوراثة فقط وأنه ثابت نسبياً وأن الإثارة البيئية لا تترك أثراً يذكر على النمو الانساني . ففي عقد الستينات صدر كتابان كان لهما اصداء واسعة وتأثيرات عميقة على النظرة إلى القابليات التعلمية والأداء العقلي وبالتالي على برامج التربية في مرحلة الطفولة المبكرة . الكتاب الأول كان بعنوان «الذكاء والخبرة» وقد بين فيه جوزيف هنت (Hunt, 1961) أن الذكاء الإنساني متغير وليس ثابتاً . أما

الكتاب الثاني وهو بعنوان «الثبات والتغير في الخصائص الإنسانية» فقد أكـــد فيه بنجاميـــن بلـــوم (Bloom, 1964) إمكانية التنبؤ بالذكاء المستقبلي مع بلوغ الطفل السادسة من عمره تقريباً وأن هذه الإمكانية تكون أقل كلما كان العمر الزمني للطفل أقل مما يعني أن الذكاء يكون أكثر قابلية للتأثر بالعوامل الخارجية في السنوات الأولى من العمر . إضافة إلى ذلك فإن دراسات علمية مستفيضة بينت أن الخبرات في الطفولة المبكرة تحدث تغييراً كبيراً في النمـــو من حيث معـدله أو تسلسلـه أو نوعيتـه (Safford, 1975).

وبالرغم من أن أهمية السنوات الأولى من العمر بالنسبة للنمو المستقبلي أمر أدركه التربويون وعلماء النفس وغيرهم منذ فترة طويلة ، فإن إيلاء هذه السنوات الإهتمام الذي تستحقه على المستوى العملي جاء متأخراً نسبياً . وإذا كانت الطفولة المبكرة مرحلة حاسمة لنمو الأطفال العاديين فهي أكثر أهمية للأطفال المعوقين . فسنوات العمر الأولى بالنسبة لأعداد كبيرة من الأطفال المعوقين سنوات يصارعون فيها من أجل البقاء وفترات تدهور نمائي وضياع فرص يتعذر تعويضها في المراحل العمرية اللاحقة . وبدلاً من أن تكون مرحلة الطفولة مرحلة تطور ولعب واستكشاف واستمتاع كما هو الحال للأطفال العاديين فإنها غالباً ما تكون مرحلة معاناة وحرمان للأطفال المعوقين .

وانطلاقاً من هذه الحقيقة أصبحت قضية التدخل المبكر تطرح نفسها بكل قوة في الميادين العلاجية والتربوية . فمن الممكن تخفيف تأيرات الإعاقة وربما الوقاية منها إذا تم اكتشافها ومعالجتها في وقت مبكر جداً . ولقد اصبح ممكناً في الأونة الأخيرة الكشف عن عدة اضطرابات اثناء الحمل أو لدى الأطفال حديثي الولادة . وجدير بالذكر أن التعرف المبكر على مثل هذه الاضطرابات المرضية ومعالجتها قبل حدوث تلف في الجهاز العصبي أو غيره من أجهزة الجسم يمنع حدوث الإعاقة . كذلك فإن الانجازات التي حققها علم الجينات مؤخراً قد جعلت الإرشاد الجيني أداة فاعلة

للكشف المبكر عن حالات الإعاقة . هذا الإرشاد يوجه أساساً نحو الأفراد وأولياء الأمور الأكثر عرضة لإنجاب أطفال معوقين . وفي مجال الكشف الصحي المبكر ، فثمة تجارب ريادية في حملات الكشف السريع عن الضعف السمعي والضعف البصري والضعف التعلمي(Fallen & Umansky, 1985) .

ومن الإجراءات المعروفة لتحديد الأطفال الذين قد يكونوا بحاجة إلى خدمات خاصة الإجراء المعروف بالكشف الشامل أو واسع النطاق . وتتمثل الخطوة الأولى في الكشف العام بتحديد نوع الكشف الذي سيتم إجراؤه . وفي هذا الصدد فإن اجراءات الكشف أصبحت معروفة ومقننة . وتتمثل الخطوة الثانية في الكشف العام بإحالة الأطفال الذين تبين من الكشف أنهم يعانون من ضعف حسي أو تعلمي . وتتم الإحالة إلى الأخصائيين بالتعاون مع أولياء الأمور وبموافقتهم . إن التدخل المبكر يلعب دوراً وقائياً حيوياً يتمثل أساساً بمساعدة الطفل على (أ) اكتساب الأنماط السلوكية المقبولة اجتماعياً في المدرسة وغيرها ، (ب) اكتساب مهارات متنوعة للتعايش مع صعوبات الحياة اليومية ، (ج) تطوير مفهوم إيجابي عن ذاته وتنمية الشعور بالقدرة على الإنجاز ، (د) فهم مشاعره ومشاعر الآخرين ، (هـ) تطوير اتجاهات ايجابية نحو المدرسة والتعلم .

وليس من شك في أن الوقاية من الإعاقة تتطلب تعرف عوامل الخطر المختلفة التي تهدد نمو الأطفال ليتم تصميم وتنفيذ البرامج القادرة على درء مخاطرها . وبالرغم من أن غموضاً كبيراً ما زال يكتنف اسباب إعاقات كثيرة إلا أن البحوث العلمية في العقود القليلة الماضية قد ألقت الضوء على عدد كبير من العوامل المسببة للاعاقات المختلفة أو المرتبطة بها في مرحلة الطفولة المبكرة . ولكن الاجراءات الوقائية لن تقضي قضاءً تاماً على الإعاقة وعليه فالحاجة إلى التدخل المبكر حاجة مستمرة وواضحة كل الوضوح . وإدراكاً منها لأهمية التدخل المبكر ، فقد سنت بعض الدول مؤخراً تشريعات تضع الكشف المبكر (باعتباره الخطوة التمهيدية التي لا غنى عنها للتدخل المبكر) في رأس قائمة أولويات السياسات الوطنية المتعلقة بنمو الأطفال وصحتهم .

وقد حرصت التشريعات على ربط الكشف المبكر بشكل وثيق بالوقاية من الإعاقة من جهة وبالتدخل المبكر من جهة ثانية . وفي الواقع فإن التدخل المبكر أصبح يحظى في السنوات الأخيرة باهتمام لم يسبق له مثيل ، فبرامج التدخل المبكر المنفذة في المراكز المتخصصة وتلك الموجهة نحو الأسر ، والاعلانات العالمية المتعلقة بالتربية للجميع وحقوق الإنسان بوجه عام وحقوق الإنسان المعوق بوجه خاص ، والبحوث والدراسات العلمية المتصلة بالطفولة والتربية الخاصة ، كلها أعطت دفعة قوية لرسالة التدخل المبكر .

وهكذا فإن التدخل المبكر لا يقتصر على التربية الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة لدعم نمو الأطفال المتأخرين نمائياً والأطفال المعرضين لخطر الإعاقة والأطفال ذوي الإعاقات المثبتة ، ولكنه يشتمل أيضاً على خدمات الكشف والتشخيص المبكر ، والخدمات المساندة (العلاج الطبيعي والوظيفي والنطقي) ، والإرشاد والدعم والتدريب الأسري ، والخدمات الوقائية متعددة الأوجه التي يتم تنفيذها بالتعاون مع العاملين في المجالات الطبية المختلفة وخاصة مجال الرعاية الصحية الأولية ، والتوعية الأسرية والجماهيرية بوسائل الاتصال المسموعة والمقروءة والمرئية . وقد أصبحت المجتمعات الإنسانية تدرك أكثر من أي وقت مضى أهمية التدخل المبكر (Peterson, 1986) .

استراتيجية مقترحة لتحسين أوضاع الأطفال الصغار في السن

1- يجب الوصول إلى الأطفال والأسر الأقل حظاً والأكثر عرضة للخطر . فمراكز رعاية الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة لا تزال عاجزة عن تقديم الخدمات لمعظم الأطفال الذين لديهم حاجة إليها وهذا الوضع صحيح تماماً في الدول النامية . وعليه فلا بد من مواجهة التحديات من خلال تطوير نظم الكشف والتشخيص للتعرف على الأطفال المعرضين للخطر ، وتصميم برامج التدخل القادرة على تطوير نمو هؤلاء الأطفال .

2-يجب أن تشارك الأسر بخاصة والمجتمع بعامة لضمان توفر البرامج النوعية وإفادة الأطفال والأسر والمجتمعات المحلية أيضاً .

3-يجب زيادة مستوى اهتمام المجتمع بنمو الأطفال وتعلمهم في السنتين الأوليين من العمر وبخاصة عندما يكون نموهم غير طبيعي وعندما يكونون عرضة لسوء التغذية والأمراض المزمنة الخطرة .

4-يجب توسيع قاعدة الخدمات التي تقدمها مراكز رعاية الطفولة بحيث تشمل التغذية والرعاية الصحية والتربية والتكيف النفسي العام .

5-يجب دعم عملية انتقال الطفل من المنزل إلى المركز والعمل على خلق نوع من التوافق والمواءمة ما بين المنزل والمركز .

6-يجب التركيز على نوعية الخدمات المقدمة حتى عندما تكون المصادر المتاحة شحيحة وحتى ولو كانت الجهود تطوعية .

7-يجب توسيع نطاق الخدمات التي تقدمها البرامج النموذجية والريادية والحيلولة دون أن تبقى هذه البرامج موجهة نحو فئة معينة في منطقة جغرافية محدودة .

8-يجب أن تبقى برامج الطفولة المبكرة ذات تكلفة متوسطة ومن الممكن تحقيق ذلك من خلال دمج هذه البرامج ببرامج الرعاية الصحية والتنمية المحلية والتربية العامة القائمة في المجتمع بدلاً من إقامة بنية تحتية جديدة باهظة التكلفة .

واستناداً إلى تقديرات اليونسيف ، يفترض أن يولد ما يزيد على بليون ونصف طفل في عقد التسعينات . وستحدث غالبية حالات الولادة في الدول النامية والمنتشرة في أرجاء أفريقيا وأمريكا اللاتينية وآسيا . وهذا يعني أن أعداداً متزايدة من الأطفال سيعيشون في الفاقة وفي ظروف تهدد فرص نموهم وتطورهم . وقد بذلت على مدى السنوات العشر الماضية جهود كبيرة لتحسين ظروف مثل هؤلاء الأطفال وذلك بتزويدهم بأنواع مختلفة من برامج الطفولة المبكرة التي من شأنها أن تدعم نموهم .

الاهتمام بالأطفال

إن الظروف البيئية التي يعيش فيها ملايين الأطفال في العالم غير ملائمة ، فثمة اكتظاظ سكاني ، ونقص في المياه الصالحة للشرب ، وقصور في رعاية الأطفال ، ونقص في الغذاء . وعليه فإن الالتهابات المتكررة (المصحوبة بالإسهالات عادة) وسوء التغذية مسؤولة عما يزيد عن 50٪ من وفيات الأطفال الرضع في الدول النامية . ويتوقع للاحصاءات أن تصبح أكثر سوءاً عندما تتزايد أعداد الأشخاص الذين يقطنون الأماكن الحضرية وذلك ما سيحدث فعلاً .

لقد بذلت في السنوات القليلة الماضية محاولات عديدة ، عبر الندوات والمؤتمرات الدولية والاقليمية والمحلية ، للفت انتباه العالم إلى حاجات الأطفال . وإنه لأمر يستدعي الانتباه إن ميثاق حقوق الطفل الذي اقرته الجمعية العمومية للأمم المتحدة أقر معايير دولية للأطفال من حيث البقاء والنمو والحماية .

إن هناك اهتماماً دولياً متزايداً ليس فقط بحماية حقوق الأطفال وإنما بتلبية حاجاتهم التربوية ايضاً . ففي عام 1990 ، وكنتيجة لمبادرة مشتركة من اليونيسيف واليونيسكو تم عقد ندوة التربية للجميع في بانكوك - تايلندة . ففي حين أن التربية الأساسية تعني للكثيرين التربية في الصفوف الابتدائية ، فقد وسعت الندوة هذا التعريف ليشمل تلبية الحاجات التعليمية الأساسية للطفل حتى في السنوات المبكرة من العمر . وقد كانت إعادة صياغة هذا التعريف تعبيراً عن إدراك عميق لحقيقة أن النمو المبكر يزود الأطفال بقاعدة متينة للتعلم في المرحلة الابتدائية وللاسهامات الاجتماعية البناءة في المراحل العمرية اللاحقة . ونتيجة لهذا الوعي حددت الندوة المذكورة الهدف الأول لعقد التسعينات كما يلي : «توسيع نطاق الأنشطة النمائية الموجهة نحو النمو في مرحلة الطفولة المبكرة بما في ذلك التداخلات العلاجية على صعيد الأسرة والمجتمع وبخاصة للأطفال الفقراء ، والمحرومين ، والمعوقين» .

وقد طورت ندوة بانكوك لدى حكومات كثيرة وبعض المؤسسات الدولية إهتماماً جدياً بخلق وتدعيم البرامج لمرحلة الطفولة المبكرة . فعلى سبيل المثال ، إن البنك الدولي ، والذي لم يكن يقدم أية قروض في هذا المجال قبل خمس سنوات ، استجاب لطلبات تقدمت بها أكثر من (12) دولة للحصول على قروض لغايات دعم البرامج الصحية الغذائية والتربوية للأطفال الصغار في السن . وعليه ، فإن هناك زيادة في مستوى الوعي لحاجات الأطفال الصغار في السن وبضرورة تلبية تلك الحاجات في السنوات المبكرة . ولكن كيف حدث هذا؟

نظرة على الدلائل

إن العمل الذي اقدم عليه المؤتمر العالمي حول التربية للجميع كان استجابة لأدلة قوية جداً على أن الدعم المناسب لنمو الأطفال وتطورهم في السنوات الأولى من الحياة هو استثمار اجتماعي جدير بالاهتمام . فمن المعروف جيداً في الوقت الحالي أن النضج السريع والاكتساب المبكر للمهارات الحركية والمعرفية اللذين تتصف بهما مرحلة الرضاعة ومرحلة الطفولة المبكرة يجعلان الأطفال عرضة للتأثر بالظروف الصحية والغذائية والنفسية – الاجتماعية وغيرها من الظروف البيئية . فالأطفال الأقل حظاً الذين يعيشون في الفقر عرضة على وجه الخصوص لضعف النمو الجسدي والنفسي – الاجتماعي . وبناء على ذلك فالاعتقاد هو أن الوقت الحاسم للحفاظ على البقاء وتدعيم مظاهر النمو هو الوقت الممتد عبر السنوات الأولى من العمر .

وقد بينت نتائج البحوث العلمية في مجالات مختلفة أن دعم ~~النمو~~ الأول المبكر يعود بفوائد جمة على كل من الأطفال وآبائهم ليس على المدى القصير فحسب وإنما على المدى الطويل ايضاً من حيث قدرة الطفل على العطاء والمساهمة في بناء المجتمع . إن الاجراءات والبرامج الموجهة نحو الطفولة المبكرة تمثل فرصة ذهبية وغير اعتيادية للوقاية من المشكلات التعليمية أو التخفيف منها وتعود بفوائد دائمة على كل من

الأفراد والمجتمع . فالبنسبة للأفراد ، ثمة مجالات عديدة يستطيع التدخل المبكر أن يترك تأثيرات هامة عليها :

أ- النمو الدماغي

في أول سنتين من العمر تتطور البنى الدماغية الحيوية التي تؤثر على قدرة الأطفال على التعلم . فإذا كان تطور الدماغ جيداً ، فان القابلية للتعلم تتطور بدورها وتنخفض احتمالات الإخفاق في المدرسة وفي الحياة . ولا يتطور الدماغ من حيث البنية والتنظيم إلا عندما توفر برامج التغذية المناسبة والإثارة لحواس الطفل .

ب- التغذية ، والرعاية ، والصحة ، والقدرة التعلمية

إن مجرد إعطاء الأطفال المزيد من الطعام لا يكفي لاستثارة نمو الدماغ وتطوره . ولكن عملية الإطعام بحد ذاتها مهمة بالنسبة لتحديد مستوى الوضع الغذائي للطفل . فعندما يتوفر الطعام للأطفال فان الذين يحصلون منهم على رعاية وانتباه بشكل منظم يتغذون بشكل افضل ويصبحون بصحة أفضل ويتعلمون أحسن من الأطفال الذين لا يحظون بمثل هذا الاهتمام . إن الأطفال المهملين أكثر عرضة للمرض وسوء التغذية وهم أقل قدرة ودافعية للتعلم . ولذلك فإن البرامج التي تقدم الدعم للأسر وتعلمها كيف تقدم رعاية صحية ثابتة وتستثير النمو المعرفي للأطفال هي برامج تساعد الأطفال على تطوير الاستعداد للمشاركة البناءة في المدرسة والمجتمع . وبالنسبة للمجتمع ، فالتدخل المبكر يعود بفوائد عديدة من أهمها :

(أ) زيادة مستوى الإنتاجية الإقتصادية :

في عدد كبير من الدول النامية ، لا تزيد نسبة الأطفال في سن المدرسة الذين يدخلون الصف الأول الابتدائي عن 80٪ (بالنسبة للبنات في بعض الدول لا تصل هذه النسبة إلى 50٪) . كذلك فإن ما يقرب من 50٪ من الأطفال الذين يلتحقون بالمدرسة إما أن يتسربوا منها في نهاية العام أو أنهم يعيدون الصف . وتستطيع برامج

الطفولة المبكرة ذات النوعية الجيدة والتي تدعم القدرات الجسدية والعقلية للأطفال الصغار في السن أن تغير هذه الاحصاءات .

فمنذ البداية تزيد احتمالات دخول الأطفال الذين يلتحقون بهذه البرامج إلى المدرسة ، وتزيد احتمالات بقائهم في المدرسة لمدة أطول ، ويكون أداؤهم في المدرسة أفضل من أداء الأطفال الذين لا يستفيدون من برامج الطفولة المبكرة . وعلى المدى الطويل ، فان الأداء المدرسي يرتبط بزيادة مستوى الانتاجية الاقتصادية .

(2) **خفض التكلفة :**

ان التدخل التربوي في مرحلة الطفولة المبكرة من شأنه أن يخفض التكاليف وأن يزيد فاعلية التدريس الابتدائي . فالأطفال الأكثر استعداداً جسمياً وعقلياً واجتماعياً لا يواجهون صعوبة في الانتقال من البيت إلى المدرسة ويكون أداؤهم أفضل من أقرانهم الذين لم تتوفر لهم الخبرة اللازمة لتطوير هذا الاستعداد . ونتيجة لذلك ، تنخفض معدلات التسرب والاعادة وتنخفض ايضاً الحاجة إلى البرامج العلاجية التصحيحية الأمر الذي يخفض النفقات . إضافة إلى ذلك ، فإن برامج الطفولة المبكرة الفعالة تخفض النفقات المخصصة للرعاية الصحية عندما تكون البرامج الوقائية جزءاً حيوياً الأمر الذي يخفض نسبة حدوث الأمراض والحوادث والتكاليف الاجتماعية للجنوح والمشكلات الأخرى ذات العلاقة لأن الأطفال يقضون وقتاً أطول في المدرسة . وأخيراً فإن نسبة الغياب عن العمل تنخفض هي الأخرى عندما يطمئن الآباء إلى أن اطفالهم يتلقون رعاية مناسبة فيخصصون وقتهم لعملهم .

(3) **الحد من عدم تساوي الفرص الاجتماعية والاقتصادية :**

إن الاهتمام بتطوير نمو الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة يخفف من عدم تساوي الفرص الذي تمتد جذوره في الفقر والتمييز الاجتماعي وذلك من خلال تهيئة الظروف للأطفال الأقل حظاً لأن يبدأوا بداية عادلة في المدرسة وفي الحياة .

فالدراسات تشير إلى أن هؤلاء الأطفال يستفيدون من برامج التدخل المبكر أكثر من أقرانهم الأوفر حظاً .

(4) إفادة البنات :

من خلال برامج الطفولة المبكرة ، تتوفر الفرص للبنات لأن يطورن قدراتهن وأن يظهرن تلك القدرات . وتبين الدراسات التي أجريت في ثقافات مختلفة أن البنات اللواتي يشاركن في برامج الطفولة المبكرة يصبحن أكثر رغبة وقدرة على الالتحاق بالمدرسة والاستمرار بالدراسة . وهنّ أولاً وقبل أي شيء أكثر استعداداً للمدرسة ، ويميل أباؤهن ، بعد أن تكون توقعاتهم منهن قد إزدادت ، إلى السماح لهن بمواصلة دراستهن لفترة أطول . علاوة على ذلك ، فعندما تتوفر البرامج للأخوة الصغار في السن ، فإن مسؤولية البنات في سن المدرسة عن رعاية أخوتهن تخفّ مما يفتح الطريق أمامهن للالتحاق بالمدرسة .

(5) ترسيخ القيم :

ان انتقال القيم الاجتماعية والأخلاقية التي توجه كل واحد منا في المستقبل يبدأ في الشهور الأولى من الحياة . وبالنسبة للمجتمعات التي يسودها إحساس بأن القيم الحاسمة يتم الابتعاد عنها ، فثمة حافز قوي لايجاد السبل لترسيخ تلك القيم . وتستطيع برامج الطفولة المبكرة أن تساعد في هذه الجهود من خلال تدعيم أفعال الوالدين ومن خلال توفير البيئات التي يولي فيه الأطفال إهتماماً كافياً بالقيم المرغوب فيها إجتماعياً .

(6) الحراك الاجتماعي :

في أكثر من مكان ، تحول الضغوطات السياسية ، والاجتماعية دون حث الناس وترغيبهم في القيام بالأنشطة التي ستعود عليهم بالنفع . وفي مثل هذه الظروف ، فإن إحدى الطرق للبدء بالعمل مع المجتمع المحلي هي توفير بؤرة للصالح العام . وغالباً ما

تمثل حاجات الأطفال الصغار في السن ذلك . فالتربية المبكرة يمكن أن تعمل بمثابة استراتيجية فاعلة لتطوير العمل الجماعي .

(7) إفادة المجتمع والأسرة :

إن العناصر المختلفة المتضمنة في برامج الطفولة المبكرة (تحسين الوضع الصحي ، والنظافة العامة ، والتغذية) تعود بفوائد على الأباء والأمهات ، والأسر ، والمجتمع بشكل عام . علاوة على ذلك ، فثمة فوائد غير مباشرة . فاذا أسهم الأباء والمجتمع المحلي في تأسيس برامج الطفولة المبكرة واذا كانوا يتحملون مسؤولية فيما يتعلق بتنفيذ نشاطاته ، فان شعوراً بالثقة بالذات يتطور لدى الأباء ، ويبرز قياديون في المجتمع المحلي ، ويزداد مستوى التنظيم والعمل الاجتماعي ، كذلك فان برامج الطفولة المبكرة تفيد الأسر من خلال تخفيف الأعباء عن الأمهات فيما يتصل برعاية الأطفال وذلك يسمح لهن بالبحث عن المزيد من المعرفة .

يتضح بجلاء من هذه الأمثلة أن دعم الأطفال الصغار في السن لا يقتصر على انشاء البرامج قبل المدرسية . ولكن الدعم يشمل كافة الأنشطة والإجراءات التربوية التي تلبي حاجات هؤلاء الأطفال وتدعم البيئة التي يعيشون فيها بما في ذلك الأسرة والمجتمع المحلي والبيئات الجسدية والاجتماعية والاقتصادية . وهذه طريقة غير تقليدية للتفكير بالتربية والاستراتيجيات التربوية المتعلقة بمرحلة ما قبل المدرسة وحاجات التلاميذ في المدرسة .

إلا أن من النتائج الهامة التي تمخضت عنها البرامج الدولية للطفولة المبكرة هي الحاجة إلى تبني تعريف واسع جداً إذا كان يرجى من التربية في مرحلة الطفولة المبكرة أن تكون فعالة على المدى الطويل .

نمو الأطفال وتعلمهم

بعض الحقائق

(1) تبين الدراسات العلمية أن الطفل ينمو ويتعلم من خلال تفاعله مع الناس والأشياء في بيئته . وعليه فإن باستطاعة الراشدين تحسين مستوى نمو الطفل وتعلمه بتوفير بيئة داعمة تزود الطفل بالمكان والأدوات والفرص اللازمة للتعلم من خلال اللعب سواء في المنزل أو خارجه .

(2) يتعلم الطفل بشكل أفضل ويتحسن مستوى نموه عندما يشارك بفعالية في عملية التعلم . فمن الأهمية بمكان أن تتاح للطفل فرص بناء معرفته الذاتية من خلال الاستكشاف والتفاعل مع الأشياء والتقليد .

(3) ان مظاهر النمو الجسمي والعقلي والاجتماعي والعاطفي مترابطة ومتداخلة ، بمعنى أن التطور في أحد مظاهر النمو يؤثر على مظاهر النمو الأخرى . ولذلك يجب أن تكون البرامج شمولية .

التدخل المبكر: ما هو؟

يتضمن التدخل المبكر تقديم خدمات متنوعة طبية واجتماعية وتربوية ونفسية للأطفال دون السادسة من أعمارهم الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي أو الذين لديهم قابلية للتأخر أو الإعاقة . وبالرغم من أن الأطفال الصغار في السن الذين لديهم إعاقة أو تأخر يشكلون فئات غير متجانسة إلا أن ثمة أوجه شبه كبيرة في الخدمات التي يحتاجون إليها . فهم من ناحية أطفال صغار في السن وعليه فهم كغيرهم من الأطفال في هذه المرحلة العمرية المبكرة يعتمدون أساساً على أسرهم لتلبية احتياجاتهم . ولذلك فإن برامج التدخل المبكر تركز بالضرورة على تطوير مهارات أولياء الأمور وقدراتهم لمساعدة أطفالهم على النمو والتعلم وفقاً لما يعرف

بالخطة الفردية لخدمة الأسرة . ومن ناحية ثانية ، فبما أن الأطفال المعوقين أو المتأخرين أطفال لديهم خصائص ومواطن ضعف متباينة إلى حد كبير فإن حاجاتهم وحاجات أسرهم متعددة ومعقدة وليس باستطاعة أي تخصص بمفرده أن يتفهمها ويعمل على تلبيتها بشكل كامل ومتكامل . ولذلك فثمة حاجة للعمل من خلال فريق متعدد التخصصات مع الأطفال المعوقين وأسرهم . وبالطبع فإن الحاجات الفريدة الموجودة لدى الطفل في مجالات النمو اللغوي والعقلي والحركي والاجتماعي-الانفعالي والعناية بالذات هي التي تقرر طبيعة التخصصات التي ينبغي توافرها في الفريق والأدوار المتوقعة من كل متخصص (Fox, Hanline, Vail, & Galant, 1994) .

وبما أن برامج التدخل المبكر تعنى بالأطفال في مرحلة عمرية تتباين فيها قدراتهم وحاجاتهم تبايناً هائلاً فإن مناهج وأساليب التدخل تختلف وتتنوع حيث ثمة فروق كبيرة جداً بين طفل عمره شهران وطفل عمره سنتان وطفل ثالث عمره أربع سنوات .

كذلك فإن برامج التدخل المبكر قد يستفيد منها أطفال يعانون من كافة أنواع الإعاقة وثمة فروق كبيرة أيضا بين طفل لديه شلل دماغي وآخر لديه ضعف سمعي وثالث لديه تخلف عقلي وهكذا . فبالرغم من أن هناك بعض برامج التدخل المبكر التي تسمى بالبرامج الفئوية تعنى بتقديم الخدمات لفئات إعاقة محددة كالإعاقة البصرية مثلاً ، إلا أن معظم برامج التدخل المبكر غير فئوية بمعنى أنها تعنى بأي طفل لديه إعاقة . وعليه ، فإن برامج التدخل المبكر تتضمن جملة من العمليات التي يتوخى منها تطوير قابليات الأطفال المعوقين الصغار في السن وقدراتهم إلى اقصى درجة ممكنة (أنظر جدول 1-1) .

الجدول رقم (1-1)

العمليات والنشاطات الأساسية في برامج التدخل المبكر

(1) التعليم الخاص

(أ) التقييم التربوي النمائي

(ب) تطوير المنهاج

(ج) إعداد الخطة التربوية الفردية

(د) اختيار الوسائل التعليمية وتكييفها

(هـ) تصميم الاستراتيجيات التعليمية

(2) الخدمات الصحية العامة

(أ) العلاج والجراحة

(ب) الفحوصات الطبية الروتينية

(ج) التنظيم الغذائي

(د) الخدمات التمريضية

(هـ) الخدمات التشخيصية الدقيقة

(3) العلاج الطبيعي

(4) العلاج الوظيفي

(5) الخدمات النفسية

(أ) التقييم النفسي

(ب) العلاج باللعب

(ج) الارشاد النفسي

(د) تعديل السلوك

(6) الخدمات الأسرية :

(أ) الزيارات المنزلية

(ب) الإرشاد الأسري

(ج) التدريب والتوعية

(7) القياس السمعي

(8) العلاج اللغوي

(9) الخدمات الاجتماعية

(أ) الدفاع عن حقوق الطفل المعوق

(ب) دراسة الحالة

(ج) الدعم

فئات الأطفال المستهدفة في برامج التدخل المبكر

تستهدف خدمات التدخل المبكر الأطفال الذين يعانون من تأخر نمائي والأطفال الذين يحتمل أن تنتهي الحالة المرضية لديهم بتدهور نمائي ، والأطفال الذين هم في حالة خطر من حيث إمكانية معاناتهم من التأخر النمائي إذا لم تقدم لهم خدمات التدخل المبكر . ولكن هل من السهل على صانعي القرار تحديد الفئات المستهدفة على ضوء هذا الإيضاح؟ إن هذه المهمة مهمة صعبة للأسباب الرئيسية التالية : (أ) الطبيعة المعقدة والمتباينة لنمو الأطفال ، (ب) عدم توفر أدوات التقييم المناسبة ، (ج)عدم توفر بيانات دقيقة عن نسبة الانتشار ، (د) عدم توفر المعرفة الكافية حول العلاقة بين العوامل الاجتماعية والبيولوجية من جهة والإعاقة من جهة أخرى (Skonkoff & Meisels, 1991) .

على كل حال فإن المعايير المعتمدة لتحديد التأخر أو الانحراف النمائي غالباً ما تهتم إما بنسبة التأخر أو بالانحرافات المعيارية عن المتوسط (انظر جدول 1-2) .

الجدول رقم (1-2)

الفئات المستهدفة في برامج التدخل المبكر

الأطفال المتأخرون نمائياً (Developmentally Delayed Children)

هم الأطفال الذين لديهم تأخر في النمو في واحد أو أكثر من المجالات التالية :

(أ) المجال المعرفي

(ب) المجال الحركي

(ج) المجال اللغوي

(د) المجال الاجتماعي - الانفعالي

(هـ) مجال العناية بالذات .

ويكون هذا التأخر بواقع انحرافين معياريين دون المتوسط في اثنين أو أكثر من المجالات المذكورة ، أو بنسبة مقدارها 25٪ مقاسة بالقوائم النمائية التي تستخدم الدرجات من هذا النوع ، أو بملاحظة مظاهر نمائية غير عادية أو أنماط سلوكية شاذة .

الأطفال الذين يعانون من حالات إعاقة جسمية أو عقلية (Children with Established Disabilities)

هم الأطفال الذين يعانون من :

(أ) اضطرابات جينية

(ب) اضطرابات في عملية الأيض

(ج) اضطرابات عصبية

(د) أمراض معدية

(هـ) تشوهات خلقية

(و) اضطرابات حسية

(ز) الارتباط الزائد بالأم

(ح) حالات التسمم

الأطفال الذين هم في حالة خطر (At - Risk Children)

هم الأطفال الذين تعرضوا لما لا يقل عن ثلاثة عوامل خطر بيئية (مثل عمر الأم عند الولادة ، تدني مستوى الدخل ، عدم استقرار الوضع الأسري ، وجود إعاقة لدى الوالدين ، استخدام العقاقير الخطرة) أو بيولوجية (مثل الخداج ، الاختناق ، النزيف الدماغي) .

مبررات التدخل المبكر

إن الرسالة التي يتمخض عنها تحليل نتائج الدراسات العلمية واضحة وهي أن التدخل المبكر ذو جدوى وأنه كلما كان التدخل مبكراً أكثر كانت الفوائد بالنسبة للأطفال وأسرهم أكبر . وقد أسدلت هذه النتائج الستارة إلى الأبد على الاعتقاد الذي كان سائداً في السابق ومفاده أن النمو ظاهرة ثابتة لا يمكن تغييرها . فالحقيقة ببساطة هي أن التدخل المبكر له ما يبرره (Fewell, 1982, Hayden, 1974) وفيما يلي أهم مبررات التدخل المبكر :

1- أن السنوات الأولى في حياة الأطفال المعوقين الذين لا يقدم لهم برامج تدخل مبكر إنما هي سنوات حرمان وفرص ضائعة وربما تدهور نمائي أيضاً .

2- أن التعلم الانساني في السنوات المبكرة أسهل واسرع من التعلم في أية مرحل عمرية أخرى .

3- أن والدي الطفل المعوق بحاجة إلى مساعدة في المراحل الأولى لكي لا تترسخ لديهما أنماط تنشئة غير بناءة .

4- أن التأخر النمائي قبل الخامسة من العمر مؤشر خطر فهو يعني احتمالات معاناة مشكلات مختلفة طوال الحياة .

5- أن النمو ليس نتاج البنية الوراثية فقط ولكن البيئة تلعب دوراً حاسماً .

6- أن التدخل المبكر جهد مثمر وهو ذو جدوى اقتصادية حيث أنه يقلل النفقات المخصصة للبرامج التربوية الخاصة اللاحقة .

7- أن الآباء معلمون لأطفالهم المعوقين وأن المدرسة ليست بديلاً للأسرة .

8- إن معظم مراحل النمو الحرجة والتي تكون فيها القابلية للنمو والتعلم في ذروتها تحدث في السنوات الأولى من العمر .

9- أن تدهوراً نمائياً قد يحدث لدى الطفل المعوق بدون التدخل المبكر مما يجعل الفروق بينه وبين أقرانه غير المعوقين أكثر وضوحاً مع مرور الأيام .

10- أن مظاهر النمو متداخلة وعدم معالجة الضعف في أحد جوانب النمو حال اكتشافه قد يقود إلى تدهور في جوانب النمو الأخرى .

11- أن التدخل المبكر يسهم في تجنيب الوالدين وطفلهما المعوق مواجهة صعوبات نفسية هائلة لاحقاً .

لماذا التدخل المبكر ؟

«بعد 17 عاماً من البحث عن كيفية اكتساب الإنسان لقدراته ، أصبحت مقتنعاً تماماً بأن علينا ايلاء السنوات الثلاث الأولى من العمر جل اهتمامنا . فالدراسات التي أجريتها شخصياً والتي أجراها آخرون عديدون بينت أن السنتين الأولى والثانية أهم بكثير مما كنا نعتقد في الماضي . فبالأنشطة الحياتية اليومية البسيطة التي يقومون بها ، يشكل الأطفال اليافعون الأسس لكل نموهم المستقبلي» (White, 1975).

- «لقد بينت البحوث العلمية أن التدخل المبكر يساعد الأطفال ، فهو يخفف تأثيرات حالة الإعاقة وهو يحقق ذلك أسرع من التدخل المتأخر» (Hayden, 1997, p. 160)

- «إن النمو المبكر يزود الأطفال بأساس متين للتعلم في المدرسة الابتدائية وللعطاء الاجتماعي البناء في المراحل العمرية اللاحقة» (Evans & Myers, 1994, p.6)

- «إن برامج الطفولة المبكرة التي تقوم على فهم مبادئ النمو الإنساني ضمانة للنمو المستقبلي للمجتمع بأسره» (Hohmann, 1991, p.4) .

- «إن الجدوى الاقتصادية لبرامج التدخل المبكر أفضل بكثير من التدخل المتأخر» (Hayden, 1997, p. 161) .

- «لعل أهم انجازات ميدان الطفولة في العقد الماضي هو الإيضاح المتكرر لإمكانية دمج الأطفال المعوقين مع الأطفال العاديين بنجاح . فالقضية المطروحة في الوقت الراهن ليست قضية امكانية أو جدوى برامج الدمج في مرحلة ما قبل المدرسة بل كيفية تصميم هذه البرامج لتحقيق الفائدة القصوى» (Guralnick, 1990, p.3) .

نبذة موجزة عن تطور التدخل المبكر

لقد قدمت البحوث العلمية أدلة قاطعة على أن لطبيعة الخبرات في مرحلة الطفولة المبكرة تاثيرات بالغة وطويلة المدى على تعلم الإنسان ونموه . فالمراحل العمرية المبكرة مهمة لنمو الأطفال جميعاً بمن فيهم الأطفال ذوي الاعاقات المختلفة بل لعلها تكون أكثر أهمية بالنسبة للأطفال المعوقين لأنهم غالباً ما يعانون من تأخر نمائي يتطلب التغلب عليه تصميم برامج خاصة فاعلة من شأنها استثمار فترات النمو الحرجة أو الحساسة . ففي السنوات الخمس الأولى من العمر يتعلم الإنسان العديد من المهارات الحسية - الإدراكية والمعرفية واللغوية والاجتماعية التي تشكل بمجملها القاعدة التي ينبثق عنها النمو المستقبلي (Hayden & Pious, 1979) .

وإدراكاً منهم لهذه الحقيقة ، أبدى الباحثون والممارسون في ميدان التربية الخاصة في السنوات الأخيرة اهتماماً متزايداً ببرامج التدخل التربوي والعلاجي المبكر للأطفال ذوي الإعاقات المختلفة . ويتجلى ذلك الاهتمام بتوسيع قاعدة برامج اعداد المعلمين قبل الخدمة لتشمل التربية الخاصة المبكرة ، وتطوير أدوات القياس

والتقويم الملائمة للمراحل العمرية المبكرة ، واعتماد نتائج البحوث العلمية اساساً وموجهاً لبرامج التدخل . وقد تطورت برامج التدخل المبكر من حيث طبيعتها وأهدافها عبر ثلاث مراحل رئيسية :

أ- في المرحلة الأولى كان التدخل المبكر يركز على تزويد الأطفال الرضع المعوقين بالخدمات العلاجية وبالنشاطات التي تستهدف توفير الإثارة الحسية لهم .

ب- في المرحلة الثانية اصبح التدخل المبكر يهتم بدور الوالدين كمعالجين مساعدين أو كمعلمين لأطفالهم المعوقين .

ج- في المرحلة الثالثة اصبح جل الاهتمام ينصب على النظام الأسري بوصفه المحتوى الاجتماعي الأكبر أثراً على نمو الطفل . فقد أصبح دعم الأسرة وتدريبها وإرشادها الهدف الأكثر أهمية .

في الآونة الأخيرة اصبح مفهوم التدخل المبكر أكثر شمولية وأوسع نطاقاً حيث أنه لم يعد يقتصر على الأطفال الذين يعانون من إعاقة واضحة ولكنه أصبح يستهدف جميع فئات الأطفال المعرضة للخطر لأسباب بيولوجية أو بيئية . فالتعريف المتداول حالياً للتدخل المبكر هو أنه توفير الخدمات التربوية والخدمات المساندة للأطفال المعوقين أو المعرضين لخطر الإعاقة الذين هم دون السادسة من أعمارهم ولأسرهم ايضاً . فالتدخل المبكر يشير إلى جملة من العمليات والنشاطات المعقدة والدينامية متعددة الأوجه وتبعاً لذلك يتصف ميدان التدخل المبكر بكونه ميداناً متعدد التخصصات . كذلك فهو ميدان يتمركز حول الأسرة حيث انه يزودها بالإرشاد والتدريب ويوكل إليها دوراً رئيسياً في تنفيذ الاجراءات العلاجية . فبرامج التدخل الناجحة لا تعالج الأطفال كأفراد معزولين ولكنها تؤكد على أن الطفل لا يمكن فهمه جيداً بمعزل عن الظروف الأسرية والاجتماعية التي يعيش فيها (Bailey & Wolery, 1984).

حجم مشكلة الإعاقة في مرحلة الطفولة المبكرة

ليس من السهل تحديد نسبة حدوث الإعاقة في مرحلة ما قبل المدرسة . ففي حين تقدر بعض المصادر هذه النسبة بحوالي 3٪ تقدرها مصادر أخرى بحوالي 15٪ ومثل هذا التفاوت الواسع في التقديرات يعود إلى عدة اسباب من أهمها عدم وضوح التعريفات . فليس هناك تعريف موحد أو اتفاق على المدى العمري للأطفال المستهدفين من برامج التدخل المبكر . وحتى في حالة الاتفاق على تعريفات موحدة فثمة مشكلات وصعوبات تتعلق بتشخيص الإعاقات وبخاصة البسيطة منها في السنوات الأولى . فمن المعروف أن الصعوبات التعلمية والمشكلات الكلامية والتخلف العقلي البسيط وبعض الاضطرابات السلوكية يصعب التعرف عليها قبل دخول الطفل الصف الأول . علاوة على ذلك ، فإن اثبات أو نفي وجود إعاقة أمر بالغ الصعوبة عندما يتعلق الأمر بالأطفال الصغار في السن ذلك أن هؤلاء الأطفال يتغيرون بسرعة وبشكل ملحوظ . وعلى الرغم من هذه التحديات فإن اتفاقاً عاماً على أن حوالي (10٪) من الأطفال في سن ما قبل المدرسة في أي مجتمع لديهم إعاقة أو أو أنهم في وضع غير مطمئن بمعنى أن إعاقة ما قد تتطور لديهم (Fewell, 1982, French & Jansma, 1982).

وبالنسبة للدول العربية ، لا تتوفر إحصاءات دقيقة يمكن الاعتماد عليها فيما يتعلق بأعداد الأطفال المعوقين بوجه عام أو الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة بوجه خاص . فبعض الدول حاولت تحديد أعداد الأطفال المعوقين والبيانات المتوفرة تدفع بالواحد إلى الاعتقاد بأن الأرقام المقدمة لا تعكس الحقائق . وذلك أمر لا يدعو للدهشة لأن تقدير أعداد الأطفال المعوقين في الدول العربية يعتبر مهمة بالغة الصعوبة في الوقت الراهن لعدة عوامل منها : غياب التعريفات الاجرائية للاعاقة ، وعدم توفر أدوات القياس التي تتمتع بالخصائص السيكومترية المناسبة ، والنزعة نحو إخفاء الأطفال المعوقين عن الأنظار لأسباب إجتماعية – ثقافية .

الفصل الثاني
تقديم خدمات التدخل المبكر

إعداد كوادر التدخل المبكر

إن من الخصائص المميزة لميدان التربية الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة مشاركة عدة اختصاصيين في عملية تخطيط الخدمات للأطفال وأسرهم وتقديمها . وبالرغم أن أعضاء الفريق متعدد التخصصات الذي يقوم على تنفيذ خدمات التدخل المبكر يختلفون من مجتمع إلى آخر ومن إعاقة إلى أخرى إلا أن الأسر غالباً ما تتفاعل بشكل أو بآخر مع اختصاصيين في طب الأطفال والأعصاب والعلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي والعمل الاجتماعي وعلم النفس والتربية الخاصة واضطرابات الكلام واللغة وغيرهم من الاختصاصيين . وعليه فان إعداد كوادر التدخل لا يقتصر على المعلمين فحسب وإن كان معلمو التربية الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة يشكلون العنصر الأكثر أهمية الذي تتحدد في ضوئه فاعلية البرامج والخدمات المقدمة .

إن إعداد الكوادر المؤهلة لتقديم الخدمات الشاملة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة يمثل تحدياً خاصة بالنسبة لبرامج التدريب قبل الخدمة . فكلما كان الطفل أصغر سناً كانت مظاهر النمو لديه أكثر تداخلاً وترابطاً وكانت أكبر تأثراً وأكثر اعتماداً على النظام الأسري . وهذا ما يجعل برامج التدخل المبكر مختلفة عن البرامج التي تعنى بالأطفال الأكبر سناً حيث في برامج التدخل المبكر قد تكون الأهداف الأسرية أكثر أهمية من الأهداف المتعلقة بالطفل . وقد تتحمل الأسرة المسؤولية الرئيسية في تدريب الطفل وتحقيق الأهداف المتوخاة من تدريبه . وفي الحقيقة فثمة اجماع في الرأي في أوساط الاختصاصيين في ميدان

التدخل المبكر على أن البرامج والخدمات تكون أكثر فاعلية سواء بالنسبة للطفل أو لأسرته عندما تقدّم على نحو يدعم ويطور مصادر الأسرة ومواطن القوة لديها ويلبي احتياجاتها وأولوياتها(McCollum, Rowan, & Thorp. 1994)

وتشير الدراسات إلى وجود نقص كبير في الكوادر المؤهلة للعمل مع الأطفال المعوقين الصغار السن وأسرهم حتى في الدول المتقدمة التي حققت فيها التربية الخاصة انجازات كبيرة في العقود الماضية (Stayton & Johnson, 1990). ولا يتوقع أن يتم التغلب على هذا النقص إلا بمبادرة حقيقية وفاعلة لتطوير برامج التدريب قبل الخدمة وبرامج التدريب أثناء الخدمة في مجال التدخل المبكر . ومثل هذه البرامج يجب أن يتم تطويرها في ضوء تحليل معمق وشامل للأدوار المتوقع من الكوادر القيام بها . وبالرغم من أن البحوث العلمية لا تقدم معلومات دقيقة في هذا الشأن إلا أن الأدوار الرئيسية عموماً تتمثل في :

1-فهم مظاهر النمو الطبيعي في مرحلة الطفولة المبكرة سواء من النواحي العقلية أو اللغوية (الاستقبالية والتعبيرية) أو الحركية (المهارات الكبيرة والمهارات الدقيقة) أو الانفعالية – الاجتماعية والشخصية .

2-القدرة على تطبيق أدوات التقويم الرسمية وتفسير نتائجها .

3-القدرة على العمل ضمن فريق متعدد التخصصات .

4-القدرة على تفهم وتلبية الفروق الفردية بين الأطفال .

5-القدرة على إرشاد الأسر وتدريبها .

6-القدرة على تصميم وتنفيذ الأنشطة التعليمية الفردية والجماعية للأطفال الصغار في السن .

7-القدرة على تقويم حاجات الأطفال وأسرهم باستخدام الأساليب غير الرسمية مثل الملاحظة والمقابلة وقوائم التقدير .

8-القدرة على تجنيد وتدريب مساعدي المعلمين والمتطوعين والمتدربين وغيرهم لدعم برامج التدخل المبكر .

9-القدرة على صوغ أهداف طويلة المدى وأهداف قصيرة المدى في مجالات النمو والتعليم قبل المدرسي المختلفة .

10-القدرة على تنظيم البيئة التعلمية للأطفال على نحو يشجعهم على التواصل والاستكشاف .

وبالنسبة لبرامج التدريب قبل الخدمة فقد لا تكون متخصصة كاملاً في التدخل المبكر بل قد يكتفى بمساق أو أكثر في هذا المجال . وغالباً ما يتم الاهتمام بمساق مدخلي يوضح حقوق الطفل وأسرته ويعرف بالخدمات والبرامج اللازمة . كذلك فإن العديد من الجامعات وخاصة في الدول المتقدمة تحرص على طرح مساق للتدريب الميداني في التدخل المبكر يتعرف الطلاب المتدربون من خلاله على البرامج والخدمات المقدمة في المجتمع المحلي للأطفال وأسرهم . أما البرامج التدريبية المتخصصة فغالباً ما يقوم على تخطيطها وتنفيذها أقسام متنوعة مثل التربية الخاصة ، والعلاج الطبيعي ، والعلاج الوظيفي ، والتمريض.(Bailey, Simeonsson & Yoder, & Huntington, 1990).

وأما برامج التدريب في أثناء الخدمة فهي تولي أهمية خاصة ويعول عليها كثيراً في الدول العربية نظراً لغياب برامج الإعداد قبل الخدمة . ومثل هذه البرامج يجب تنفيذها بشكل مستمر ومنظم ويجب تقويم فاعليتها بموضوعية من أجل تعديلها وتفعيلها .

الكفايات اللازمة للعاملين في ميدان التدخل المبكر (*)

1-معرفة مراحل النمو الطبيعي وغير الطبيعي في الطفولة .

2-القدرة على معرفة أعراض الاعاقات المختلفة .

3-القدرة على ملاحظة وتسجيله سلوك الأطفال .

4-القدرة على توظيف الأساليب غير الرسمية في تشخيص مشكلات النمو .

5-القدرة على تحديد أهداف طويلة المدى وأهداف قصيرة المدى ملائمة لمستوى نمو الطفل ومتوافقة مع نمط التعلم ومواطن الضعف ومواطن القوة لديه .

6-القدرة على تفسير التلميحات الصادرة عن الأطفال واستخدام هذه المعلومات لتنظيم بيئة تلبيحاجاتهم الفردية وتشجعهم على التفاعل والاستكشاف إلى أقصى حد ممكن .

7-القدرة على بناء علاقة قائمة على الثقة مع الأطفال من خلال التواصل الفعال .

8-القدرة على استخدام الأساليب التي تشجع التفاعلات الايجابية بين الأطفال ذوي القدرات المتباينة والخلفيات الثقافية المتنوعة .

9-القدرة على تفهم الفروق الثقافيةواحترامها .

10-فهم الفلسفة الكامنة وراء المنهاج المستخدم .

11-القدرة على الاستماع النشط والايجابي وتطوير برنامج عملي لمشاركة الأسرة .

12-القدرة على تجنيد وتدريب الفنيين والعمل معهم .

13-القدرة على العمل بفعالية كعضو في الفريق متعدد التخصصات .

14- القدرة على إدراك مواطن الضعف الشخصية وطلب المساعدة عندما تقتضي الحاجة ذلك .

(*) اقتبست المعلومات الواردة في الجدول من (Cook, Tessier, & Kelin, 1992) .

العمل الفريقي في برامج التدخل المبكر

إن نجاح التدخل المبكر يعتمد على الخدمات التي يقدمها اختصاصيون عديدون . نقدم فيما يلي وصفاً موجزاً لأكثرهم أهمية:(Bailey & Wolery, 1992: Heward & Orlansky, 1989)

1- **اختصاصي النسائية والتوليد**(Gynacologist)

لعل أحداً من الاختصاصيين لا يستطيع أن يلعب دوراً وقائياً كذلك الذي يستطيع اختصاصي النسائية والتوليد القيام به . فمن خلال دراسة السيرة المرضية للأسرة ومتابعة أية مشكلات صحية تعاني منها الأم الحامل والارشاد الجيني وغير ذلك يستطيع اختصاصي النسائية والتوليد الكشف المبكر عن المشكلات أو الوقاية منها .

2-**اختصاصي طب الأطفال**(Pediatrician)

إن الدور الذي يمكن لطبيب الأطفال القيام به في التعرف إلى الأطفال الأكثر عرضة للخطر وفي الوقاية من الاعاقة دور بالغ الأهمية . فهو الذي غالباً ما يتابع الأطفال بشكل دوري منذ نعومة أظفارهم .

3-**الممرضات** (Nurses)

لا يقتصر دور الممرضة على العمل في المستشفيات بل هي تستطيع القيام بالعديد من الأدوار في المدرسة ومراكز التدخل المبكر وغيرها . وبوجه عام ، تستطيع الممرضة تقديم مساعدة كبيرة للأطفال المعوقين وأسرهم ومربيهم من حيث التوعية الصحية العامة والرعاية الطبية الروتينية والطارئة .

4-**طبيب العيون**(Ophthalmologist)

يقوم اختصاصي طب العيون بتشخيص ومعالجة أمراض العيون ويقوم هو أو اختصاصي تقييم البصر بتشخيص الضعف البصري ووصف العدسات التصحيحية اللازمة .

5-اختصاصي القياس السمعي (Audiologist)

يستطيع اختصاصيو القياس السمعي تقييم السمع لدى الأطفال ليتم تزويدهم بالمعينات السمعية إذا كانت الحاجة تستدعي ذلك .

6-اختصاصي علم النفس (Psychologist)

وتتمثل إسهاماته الرئيسية في تقييم النمو المعرفي والمهارات الاجتماعية - الانفعالية من جهة وفي المشاركة في تصميم وتنفيذ البرنامج التربوي الفردي للطفل المعوق من جهة أخرى .

7-الإختصاصي الاجتماعي(Social Worker)

يقوم هذا الاختصاصي بمساعدة الطفل المعوق وأسرته في الحصول على الخدمات الاجتماعية اللازمة . كذلك فهو يساعد في تقييم وتحليل الظروف الاسرية والاقتصادية وتحديد الأطفال المعرضين للخطر والمشاركة في تقييم فاعلية الخدمات المقدمة .

8-اختصاصي اضطرابات الكلام واللغة

(Speech & Language Pathologist)

يمثل اختصاصي اضطرابات الكلام واللغة عضواً هاماً من أعضاء الفريق متعدد التخصصات الذي يمكن أن يطور البرامج التربوية والعلاجية للوقاية من الاعاقة والكشف المبكر عنها ومعالجتها ذلك أن اللغة تلعب دوراً حاسماً في النمو الكلي لجميع الأطفال . وعلى وجه التحديد ، فهو يستخدم أدوات خاصة لتقييم المهارات الكلامية واللغوية للأطفال ويصف الإجراءات العلاجية المناسبة .

9-اختصاصي العلاج الطبيعي (Physical Therapist)

يسهم هذا الإختصاصي في معالجة وتأهيل الأطفال ذوي الاعاقات الجسمية

بوجه خاص والأطفال المعوقين بوجه عام . ويهتم هذا الاختصاصي أساساً بتقويم التشوهات ومنع التدهور في العضلات وأوضاع الجسم وتنمية المهارات الحركية الكبيرة .

10-اختصاصي العلاج الوظيفي(Occupational Therapist)

أما اختصاصي العلاج الوظيفي فهو يركز أساساً على تطوير المهارات الحركية الدقيقة للأطفال ويدربهم في مجالات العناية بالذات والحركة واستخدام الأدوات المساندة أو التصحيحية أو التعويضية .

11-المعلمات والمعلمون (Teachers)

كثيراً ما تكون معلمات رياض الأطفال والآخرون الذين يقومون على رعاية الأطفال في الأوضاع المختلفة أول من يشتبه بوجود مشكلة نمائية ما لدى الطفل . وليس من شك في أن قيام المعلمة بتحويل الطفل إلى الجهات المختصة يمكن أن يسهم في منع تدهور الأداء وفي تقديم المساعدة اللازمة .

12-معلمات ومعلمو التربية الخاصة (Special Educators)

إن إختصاصيي التربية الخاصة هم الذين يقومون فعلياً بتصميم وتنفيذ خدمات التدخل المبكر سواء في المراكز أو البيوت وغالباً ما يقومون بدور منسقي أعمال الفريق . وعليهم تقع مسؤولية تطوير البرامج التدريبية الفردية الملائمة بما تتضمنه من تحديد لمستويات الأداء في مجالات النمو المختلفة وتحديد للأهداف طويلة المدى والأهداف قصيرة المدى والأساليب والوسائل المناسبة لتحقيق تلك الأهداف .

13-أولياء الأمور (Parents)

تنص التشريعات في الدول المتقدمة على أن الآباء والأمهات يقومون بأدوار محددة في تربية أطفالهم المعوقين وتأهيلهم وتلزمهم وتلزم الكوادر العاملة في الميدان بالمشاركة في عضوية الفريق متعدد التخصصات .

نماذج التدخل المبكر

لقد شهدت العقود الماضية تطوير نماذج مختلفة لتقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال المعوقين الصغار في السن والأطفال الذين لديهم قابلية للإعاقة . ولكل من هذه النماذج حسنات وسيئات ، وبعض هذه النماذج أكثر ملاءمة وفائدة للعمل مع بعض الأطفال أو في بعض المجتمعات من النماذج الأخرى . وبوجه عام ، يمكن الحديث عن النماذج الرئيسية التالية في التدخل المبكر :

1- التدخل المبكر في المراكز .

2- التدخل المبكر في المنزل .

3- التدخل المبكر في كل من المركز والمنزل .

4- التدخل المبكر من خلال تقديم الاستشارات .

5- التدخل المبكر في المستشفيات .

6- التدخل المبكر من خلال وسائل الإعلام .

التدخل المبكر في المراكز :

وفقاً لهذا النموذج ، تقدم خدمات التدخل المبكر في مركز أو مدرسة وتتراوح أعمار الأطفال المستفيدين من الخدمات من سنتين أو ثلاث إلى ست سنوات . وليس بالضرورة أن يتم تنفيذ برامج التدخل المبكر في مراكز متخصصة بخدمة الأطفال المعوقين إذ قد تنفذ هذه البرامج في الحضانات ورياض الأطفال العادية تحقيقاً لمبدأ الدمج .

وقد يلتحق الأطفال بالمراكز لمدة 3-5 ساعات يومياً بواقع 4-5 أيام أسبوعياً وإن كان بعض الأطفال يحضرون للمركز بواقع يومين أو ثلاثة أيام فقط . وتشتمل الخدمات التي يتم تقديمها في المراكز عادة على التدريب في مختلف مجالات النمو

حيث يتم تقييم حاجات الأطفال وتقديم البرامج لهم ومتابعة أدائهم . وغالباً ما تعمل المعلمات مع الأمهات بوجه خاص والأسرة بوجه عام . فقد يطلب من الأمهات القدوم في فترات معينة لملاحظة أطفالهن أو للمشاركة في تنفيذ بعض الأنشطة التدريبية المحددة . وقد تشجع الأمهات على متابعة تدريب الأطفال في المنازل من أجل تعميم المهارات المكتسبة في المراكز . ويتم التواصل بين المركز والمنزل إما من خلال الهاتف أو اللقاءات الشخصية أو دفاتر الملاحظات وغير ذلك . ويتم تدريب الأمهات إما من خلال اللقاءات الجماعية أو جلسات التدريب الفردية أو من خلال المشاركة في التدريب الصفي .

ومن حسنات هذا النموذج من نماذج التدخل المبكر قيام فريق متعدد التخصصات بتخطيط وتنفيذ الخدمات ، وإتاحة الفرص للطفل للتفاعل مع الأطفال الآخرين ، وتوفير الفرص لتوعية المجتمع المحلي بالأمور المتعلقة بالتدخل المبكر والحصول على الدعم اللازم سواء كان مادياً أو فنياً أو معنوياً للمحافظة على استمرارية الخدمات وتفعيلها . أما السيئات الرئيسية لنموذج التدخل المبكر من خلال المراكز فهي تشمل مشكلات توفير المواصلات والصعوبات المرتبطة بها ، والكلفة المادية العالية ، وعدم مشاركة أولياء الأمور بفاعلية كما في نموذج التدخل المبكر من خلال المنازل (Neisworth & Bagnato, 1987) .

برنامج الفرصة الأولى

في عام 1968 ، أدرك الكونجرس الأمريكي مدى الحاجة إلى برامج نموذجية تعمل بمثابة قوى محركة لخدمات التدخل ا لمبكر للأطفال المعوقين الصغار في السن . وعليه فقد اقر الكونجرس مشروعاً باسم برنامج التربية المبكرة للأطفال المعوقين (Handicapped Children's Early Education Program) المعروف اختصاراً بـ (HCEEP) والذي عرف فيما بعد باسم برنامج الفرصة الأولى

(First Chance Program). وكان المتوقع من هذا البرنامج أن يشجع أولياء الأمور على المشاركة في نشاطاته ، وينفذ برامج التدريب في أثناء الخدمة ، ويقيم انجازات كل من الأطفال والبرنامج ، ويقيم علاقات عمل تشاركية مع المدارس الحكومية ، ويوزع المعلومات حول المشروع لكل من الاخصائيين والجمهور . وفي عام 1980 بلغ عدد البرامج التي انبثقت عن هذا المشروع (177) برنامجاً . وحاولت هذه البرامج تحقيق هدفين رئيسين هما :

(أ)تقديم نماذج يحتذى بها على صعيد الخدمة الجيدة للأطفال المعوقين في مرحلة ما قبل المدرسة .

(ب) نشر المعلومات التي من شأنها تشجيع الآخرين على محاكاة البرامج النموذجية تلك .

وبالنسبة لآلية تقديم التدخل المبكر من قبل تلك البرامج فقد كانت وفقاً للبدائل التالية :

1-المنزل

2-المنزل يليه المركز .

3-المنزل والمركز معاً .

4-المركز .

5-المساعدة التقنية والخدمات الاستشارية .

بالنسبة للبرامج التي تنفذ خدمات التدخل المبكر الموجهة نحو المنزل فقط فهي تتعامل مع الآباء والأمهات بوصفهم المعلمين الرئيسيين لأطفالهم . ومثل هذه البرامج استخدمت على وجه التحديد في المناطق الريفية أو في الحالات التي كان فيها أولياء الأمور يمتنعون عن الحاق أطفالهم بالمراكز . ومن أشهر هذه البرامج برنامج بورتيج (Portage Project) الذي نفذ في الحالات التي كان متعذراً فيها نقل الأطفال من المنزل إلى المركز . ولعل أهم فوائد هذا النوع من البرامج هو أنه يهيئ الفرص لحدوث

التدريب في الوضع الطبيعي وهو المنزل . إلا أن هذه البرامج تضيف عبئاً جديداً على أولياء الأمور حيث عليهم أن يتحملوا المزيد من المسؤولية التعليمية .

وبالنسبة لعدد كبير من الأطفال الذين قدمت لهم خدمات التدخل المبكر في بادئ الأمر في البيت فقط ، كان بإمكانهم الالتحاق بمراكز متخصصة بعد أن يبلغوا من العمر حوالي سنتين . وبعضهم كان يتلقى الخدمات في كل من المنزل والمركز . فالاخصائيون في هذه الحالة يدربون الآباء والأمهات .

أما في التدخل المبكر الموجه نحو المركز فالاهتمام ينصب على تدريب الطفل بشكل مباشر . وأخيراً ، فالمراكز التي تهتم بتقديم المساعدة الفنية والخدمات الاستشارية تعمل اساساً على تشخيص حالات الاعاقة وتخطيط وتنفيذ الدورات التدريبية للكوادر وأولياء الأمور .

هذا وقد أجريت عدة دراسات علمية لتقييم فاعلية نماذج تقديم خدمات التدخل المبكر المختلفة ، وبينت النتائج أن كلاً من التدخل المبكر في المنزل والتدخل المبكر في المركز له فوائده وأن أحدهما ليس أكثر فاعلية من الآخر . وعليه فان الاخصائيين يعتقدون أن افضل بديل ممكن للتدخل المبكر هو الذي يجمع النموذجين معاً .

التدخل المبكر في المنزل :

وفقاً لهذا النموذج تقدم خدمات التدخل المبكر للأطفال في منازلهم . وفي العادة ، تقوم مدربة أو معلمة اسرية مدربة جيداً بزيارة المنزل من مرة إلى ثلاث مرات أسبوعياً . وخلافاً للتدخل المبكر في المراكز والذي يستخدم عادة في المدن ، فإن التدخل المبكر في المنزل يستخدم عادة في الأماكن الريفية والنائية حيث لا يوجد إلا أعداد قليلة من الأطفال المعوقين وحيث تشكل عملية نقل الأطفال بين المنزل والمركز مشكلة كبيرة . وغالباً ما تهتم برامج التدخل المبكر هذه بالأطفال الذين تقل أعمارهم عن سنتين (Hayden, Karens, & Wood,1998).

وفي هذه الحالات ، يقوم الاختصاصيون بتقييم الأطفال وتحديد حاجاتهم ويساعدون الأمهات في تنفيذ الأنشطة اللازمة لتلبية تلك الحاجات ويتابعون دورياً مستوى تطور مهارات كل من الأطفال وأمهاتهم . ويتمثل أهم جانب من جوانب عمل الاختصاصيين العاملين في مجال التدخل المبكر في المنزل بتدريب أولياء الأمور . وأحياناً يقوم مساعدو الاختصاصيين بهذا الدور التدريبي ولكن باشراف مباشر من الاختصاصيين . ومن أفضل الأساليب لتدريب أولياء الأمور على العمل مع أطفالهم المعوقين في المنزل القيام بوصف الأنشطة والتدريبات التي عليهم تنفيذها ، وتوضيح كيفية تنفيذها لهم ، والطلب منهم القيام بتنفيذها وتزويدهم بالتغذية الراجعة حول أدائهم . ولأن أولياء الأمور هم الذين يتحملون المسؤولية الأساسية عن تدريب الطفل في برامج التدخل المبكر في المنزل ، فإن هناك حاجة لأن يتم مراعاة طبيعة الأنشطة التي يتم تنفيذها بحيث لا تكون هذه الأنشطة بمثابة عبء لا يستطيع أولياء الأمور تحمله أو القيام به . وأفضل الأنشطة هي الأنشطة التي تكون جزءاً من عملية الرعاية اليومية الروتينية للطفل . وينصح باستثمار قدرات الأخوة وغيرهم كي لا تكون عملية التدريب في المنزل عبئاً يثقل كاهل الوالدين .

ومن الإيجابيات الرئيسية للتدخل المبكر في المنزل أنه غير مكلف اقتصادياً مقارنة بالتدخل المبكر في المراكز ، وأنه يوفر الخدمات للأطفال في بيئتهم الطبيعية بما يقلل من مشكلة تعميم المهارات المكتسبة ، وأنه يشتمل على مشاركة الأسرة الفاعلة في برنامج طفلها مع الحصول على الدعم والمعلومات اللازمة . أما السلبيات الأساسية لهذا النموذج من نماذج التدخل المبكر فهي تتمثل في عدم قدرة بعض أولياء الأمور على تدريب أطفالهم بشكل فعال ، وتوقع قيام أولياء الأمور بعمل كثير وعدم أخذ قسط كاف من الراحة بسبب بقاء الطفل في البيت ، ووضع قيود على الفرص المتاحة للطفل للتفاعل الاجتماعي . كذلك فإن انتقال المعلمات الاسريات من منزل إلى آخر يستغرق أوقاتاً طويلة وقد ينطوي على بعض الصعوبات الخاصة .

التدخل المبكر في كل من المركز والمنزل :

تبعاً لهذا النموذج من نماذج التدخل المبكر يتم تقديم الخدمات للأطفال الأصغر سناً في المنزل وللأطفال الأكبر سناً في المركز . وأحياناً يلتحق الأطفال في المراكز لأيام محددة ويقوم الاختصاصيون بزيارات منزلية لهم ولأولياء أمورهم مرة أو مرتين في الأسبوع حسب طبيعة حالة الطفل وحاجات الأسرة . ولا تختلف ايجابيات أو سلبيات هذا النموذج عن إيجابيات وسلبيات النموذجين السابقين . إلا أن هذا النموذج يسمح بتلبية حاجات الأطفال وأسرهم بمرونة أكبر ، وهو كذلك يتطلب إشرافاً وبرمجة على نطاق واسع .

التدخل المبكر من خلال تقديم الاستشارات :

في هذا النوع من أنواع التدخل المبكر يقوم أولياء الأمور بزيارات دورية إلى المركز (مرة أو مرتين في الأسبوع) حيث يتم تقييم ومتابعة أداء الأطفال وتدريب أولياء أمورهم ومناقشة القضايا المهمة معهم . ويمكن الالتقاء بأولياء الأمور فردياً او في مجموعات وغالباً ما يقدم فريق متعدد التخصصات خدمات للأطفال ذوي الاعاقات المختلفة وفقاً لهذا النموذج . ومن أهم خصائص هذا النموذج أنه يوكل مهمة التدريب لأولياء الأمور .

التدخل المبكر في المستشفيات :

يستخدم هذا النموذج لتقديم الخدمات للأطفال الصغار في السن الذين يعانون من مشكلات وصعوبات نمائية شديدة جداً تتطلب إدخالهم بشكل متكرر أو لفترات طويلة إلى المستشفى . ووفقاً لهذا النموذج ، يتم تدريب ومعالجة الأطفال على أيدي فريق متعدد التخصصات غالباً ما يشمل أطباء الأطفال والمعالجين الطبيعيين والاخصائيين النفسيين واخصائيي التربية الخاصة . ومن الأمثلة الواضحة على حالات الإعاقة التي قد يكون هذا النموذج ملائماً للتعامل معها الشلل الدماغي والصلب المفتوح والاصابات الدماغية(Bagnato, Munson, & MacTurk, 1987).

التدخل المبكر من خلال وسائل الاعلام :

يستخدم هذا النموذج التلفاز أو المواد المطبوعة أو الأفلام أو الأشرطة أو الألعاب لتدريب أولياء أمور الأطفال المعوقين الصغار في السن ولايصال المعلومات المفيدة لهم . وغالباً ما ينفذ هذا النموذج على شكل أدلة تدريبية توضيحية تبين لأولياء الأمور وبلغة واضحة كيفية تنمية مهارات أطفالهم في مجالات النمو المختلفة وكيفية التعامل مع الاستجابات غير التكيفية التي يظهرونها (Jossem, 1979). وفي العادة فإن مراكز مصادر ومعلومات وطنية تقوم بتخطيط وتنفيذ هذا النوع من التدريب وغالباً ما يستخدم المنحى السلوكي في تنفيذ هذا النوع من أنواع التدخل المبكر حيث يتم تدريب أولياء الأمور على :

أ- تحديد السلوك المستهدف وتعريفه

ب- قياس السلوك

ج- تصميم الأنشطة والتخطيط لها

د- تنفيذ الأنشطة

هـ- تقييم فاعلية الأنشطة

ومن أجل اتخاذ القرارات بشأن النموذج الذي سيتم اعتماده لتقديم خدمات التدخل المبكر ، هناك حاجة إلى مراعاة ما يلي :

1-طبيعة الفئات المستهدفة

2-التوزيع الجغرافي والكثافة السكانية

3-الفلسفة التربوية التي سيتم الاستناد إليها

4-نظام تقديم الخدمات الذي سيتم توظيفه

5-مدى توفر الكوادر المدربة

6-مدى توفر الامكانيات المالية

هذا ومن الجدير بالذكر أن برامج التدخل المبكر بصرف النظر عن النموذج المستخدم لتنفيذها ، تتوخى تحقيق أهداف مشتركة تتمثل أساساً في مساعدة الأطفال المعوقين الصغار في السن والأطفال الذين لديهم قابلية لتطور اعاقة ما لديهم على النمو والتعلم إلى اقصى مدى تسمح به قابليتهم(Karnes, 1977) .

من مكتبة التدخل المبكر

تعليم الأطفال المعوقين في مرحلة ما قبل المدرسة[1]

يعالج هذا الكتاب الأدوار الرئيسية المتوقع من العاملين في برامج التدخل المبكر القيام بها . وعلى وجه التحديد ، ينصب الاهتمام في الكتاب على :

أ-تقييم الأطفال المعوقين الصغار في السن

ب-تنظيم البيئة التعليمية

ج-تصميم التدريس وتنفيذه

ومن أهم الخصائص المميزة للكتاب دمجه للمنحى النمائي (طبيعة المهارات التي يجب تعليمها للأطفال) والمنحى السلوكي (طريقة تعليم تلك المهارات) .

يقع الكتاب في (380) صفحة من القطع الوسط ويضم ستة عشر فصلاً هي :

1- أسس التدخل المبكر

2- تحديد الأهداف التعليمية

3- تنفيذ التعليم المباشر

4-تعليم التقليد

5-تصميم البيئة التعليمية في مرحلة ما قبل المدرسة : الاعتبارات العامة

6-تصميم البيئة التعليمية : المكان والأدوات

7-تشجيع التفاعل في البيئة

8-العمل مع الأسر

9-اكتساب واستخدام المهارات الحسية الحركية

10-المهارات المعرفية في مرحلة ما قبل المدرسة

11-اللعب والتفاعل الاجتماعي مع الاقران

12-الحد من حدوث السلوك غير المناسب

13-اكتساب واستخدام مهارات التواصل

14-تطوير انماط التواصل

15-اكتساب واستخدام المهارات الحركية

16-اكتساب واستخدام مهارات العناية بالذات

ان هذا الكتاب بما يشتمل عليه من مناقشة مستفيضة للقضايا ذات الصلة بتدريب وتعليم الأطفال المعوقين الصغار في السن مرجع شامل يواكب التطورات الحديثة في ميدان التدخل المبكر بوجه خاص والتربية المبكرة بوجه عام . وما يجعله كتاباً قيماً أنه يتضمن تحليلاً معمقاً للبحوث والدراسات العلمية التي أجريت في العقود الماضية .

فاعلية التدخل المبكر

لم تعد الأسئلة المطروحة حول التدخل المبكر تتعلق بفاعليته ذلك أن النتائج التي توصلت إليها الدراسات العلمية قدمت أدلة قوية على فاعلية برامج التدخل

* Bailey, D.B & Wolery, M. (1984). Teaching Infants and Preschoolers with handicaps. Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.

المبكر (Meisels, 1985). فقد قام كاستو وماستروبيري (Casto & Masteropieri, 1986) بتحليل النتائج التي توصلت إليها أربعة وسبعون دراسة علمية فاستنتجا أن التدخل المبكر ينتج عنه تحسن من مستوى متوسط في النمو المعرفي واللغوي والاكاديمي للأطفال ذوي الاعاقات المختلفة. واستنتج هذان الباحثان أيضاً أن الفائدة تكون أكبر كلما كان التدخل :

أ- مبكراً أكثر

ب-مكثفاً أكثر

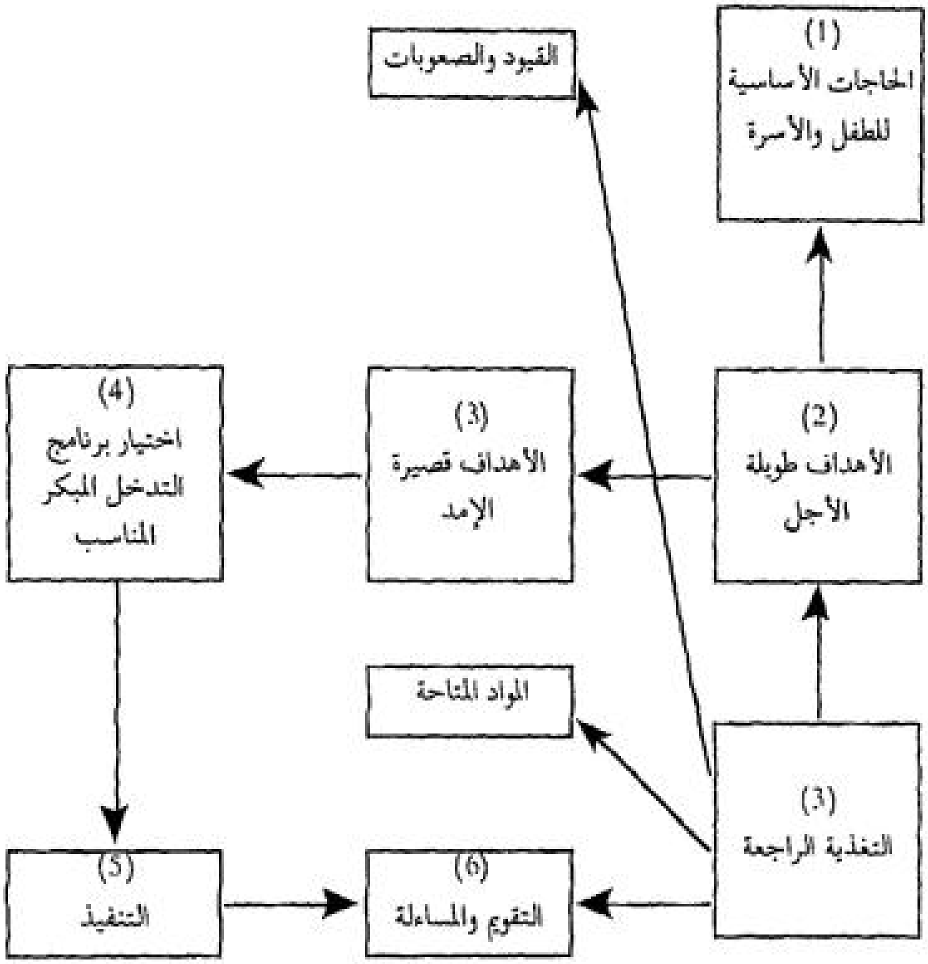
ج-أكثر اهتماماً بتفعيل المشاركة الأسرية .

أما بالنسبة لديمومة الأثر الناجم عن التدخل المبكر فلم تبحث سوى دراسات محدودة في هذا الأمر إلا أن الدراسات التي أجريت حول الأطفال الأقل حظاً أشارت إلى أن التأثيرات الايجابية لبرامج الإثارة المبكرة للاطفال الرضع تضعف مع مرور الوقت(Bennett & Guralnick, 1991).

إدارة برامج التدخل المبكر

(أ) التخطيط للبرامج :

يبين الشكل رقم (2-1) العناصر الحيوية في تخطيط برامج التدخل المبكر . وكما يتضح من هذا الشكل فإن التخطيط يتمحور حول ثلاثة أبعاد أساسية هي جمع وتحليل المعلومات عن وضع الطفل وأسرته ، وتحديد الحاجات الخاصة ، وتصميم اجراءات التدخل العلاجي اللازمة لتلبية تلك الحاجات . وتشكل الأبعاد الثلاثة هذه مجتمعة الاطار العام للبرنامج التعليمي الفردي .



الشكل رقم (2-1) : العناصر الأساسية في تخطيط برامج التدخل المبكر

(ب) التقويم البرامجي :

أما التقويم البرامجي في ميدان التدخل المبكر فيسعى إلى الارتقاء بمستوى الخدمات المقدمة ، وهو يأخذ شكلين رئيسين هما تقييم النتائج (الفاعلية) أو تقييم العمليات والنشاطات . بالنسبة لتقييم النتائج فهو يهدف إلى تحديد التأثيرات التي تنجم عن تلقي خدمات التدخل المبكر . وفي هذا النوع من التقييم البرامجي يتم

جمع البيانات للتعرف على التغيرات التي طرأت على أداء الأطفال وأسرهم بعد المشاركة في البرنامج . وللاجابة عن هذا السؤال ينبغي على القائمين على برامج التدخل المبكر أن يجروا دراسات مقارنة بين أداء الأطفال الذين شاركوا في البرنامج والأطفال الذين لم يشاركوا فيه .

وتشمل هذه الدراسات في العادة البحوث الميدانية . في هذه البحوث يتم تعيين الأطفال المعوقين الذين يتمتعون بخصائص محددة عشوائياً إلى مجموعتين احداهما تتلقى خدمات البرنامج المراد تقييم فاعليته والأخرى لا تتلقى خدمات التدخل المبكر . وباستخدام هذه الطريقة يمكن ايضاً مقارنة فاعلية برنامج تدخل مبكر معين بفاعلية برامج أخرى .

أما تقييم العمليات والنشاطات فهو يتضمن تحليل أهداف البرنامج وغاياته وتحديد مدى ملاءمة نشاطات البرنامج لتحقيق تلك الأهداف . بعبارة أخرى ، ان الهدف الرئيسي المتوخى تحقيقه من هذا التقييم هو تطوير مستوى الخدمات التي يقدمها البرنامج . وغالباً ما يتصف هذا النوع من التقييم بالخصائص التالية :

1-تحديد أهداف البرنامج على الصعيد العام وربما على صعيد كل طفل .

2-تطوير نظام شامل لحفظ السجلات .

3-وصف واضح للبرنامج وتكاليفه .

4-وصف واضح لآلية تحقيق الأهداف المنشودة .

5-وصف واضح للمنتفعين من الخدمات .

6-متابعة مدى تنفيذ البرنامج على النحو المخطط له .

7-تحديد خصائص الأطفال المستفيدين والأطفال غير المستفيدين من الخدمات .

أسماء وعناوين الدوريات العلمية

ذات الصلة بالتدخل المبكر

1- *Infant Mental Health Journal. International Association for Infant Mental Health, 4 Conant Square Brandon, VT 05733, USA.*

2- *Journal of Early Intervention .Division for Early Childhood. The Council for Exceptional Children. 1920 Association Drive ,Reston, VA 22091, USA.*

3- *Topics in Early Childhood Special Education. Pro-ED 8700 Shoal Creek Boulevard, Austin, TX 78758-6897, USA.*

4- *Young Children. National Association for The Education of Young Children. 1834 Connectieut Avenue, N.W. Washington, DC 20009- 5786 USA.*

5- *Zero to Three. National Center for Clinical Infant Programs, 733 15h Street, N.W., Suite 912 Washington, DC 20005 USA.*

الجدول رقم (2-1)

مقارنة سريعة بين التربية المبكرة العامة والتربية المبكرة الخاصة

مجال المقارنة	التربية المبكرة العادية	التربية المبكرة الخاصة
المنهاج	المنهاج يعرف بأنه الإطار التنظيمي الذي يحدد المحتوى الذي سيتعلمه الأطفال وآليات وعمليات مساعدة الأطفال على تحقيق أهداف المنهاج وما ينبغي على العاملين عمله لمساعدة الأطفال على تحقيق تلك الأهداف ، والمواقف التي يحدث فيها التعليم والتعليم . المنهاج يركز على كل جوانب النمو فالمنحى شمولي تكاملي ولا يتم تعليم مهارات معزولة . ويستند المنهاج إلى العمر الزمني (معرفة مظاهر النمو للمرحلة العمرية المبكرة) والفروق الفردية .	منهاج الأطفال ذوي الحاجات الخاصة يتم اشتقاقه من الأهداف الفردية التي يتم تحديدها في البرامج التربوية الفردية . المنهاج يركز على المهارات المفيدة والوظيفية حالياً ومستقبلاً . المنهاج هنا يركز على المهارات في حين منهاج التربية المبكرة يركز على عمليات التعلم .
تفاعل الراشدين مع الأطفال	تفاعل الراشدين مع الأطفال له أهمية خاصة في برامج التربية المبكرة . فالراشدون يستجيبون بشكل مباشر وبدفء للأطفال ويهيئون الظروف لهم للتواصل مع الآخرين ، ويتفهمون ويدعمون مشاعرهم وادراكاتهم واهتماماتهم وأنشطتهم . الهدف العام هو تطوير ثقة الطفل بذاته ومستوى ضبطه لنفسه .	التربية الخاصة المبكرة تحاول تحقيق نفس الأهداف على هذا الصعيد . إلا أن الطرق لتحقيقها تختلف في التربية الخاصة المبكرة . فالخبرات التعليمية منظمة وموجهة ومباشرة وهناك القليل نسبياً من الأنشطة الموجهة من قبل الأطفال . وهناك تركيز هائل على الممارسة والتكرار والحفظ والتعميم .

التربية المبكرة الخاصة	التربية المبكرة العادية	مجال المقارنة
التقييم هو حجر الزاوية في التربية الخاصة المبكرة . فبالتقييم يتم اكتشاف الإعاقة أو التأخر وبه واستناداً إليه يتم تطوير البرامج المناسبة لتلبية الحاجات الخاصة . البرنامج التربوي الفردي أساساً يقوم على تقييم مستوى الأداء الحالي للطفل وللأسرة . وهناك طرق وأدوات متنوعة لتقييم الأطفال المعاقين ، والتقييم عملية مستمرة . إن التربية الخاصة تعطي اهتماماً أكبر بتبيان أثر البرامج وفاعليتها .	من المعروف أن العاملين والعاملات في برامج التربية المبكرة يهتمون بتقييم مستوى تكيف الأطفال ومتابعة أدائهم وتطورهم .	التقييم النمائي للأطفال
الاهتمام مؤخرا أصبح كبيراً جداً بمشاركة الأسرة في تصميم وتنفيذ البرامج التربوية الفردية . التركيز الآن على البرامج الموجهة نحو الأسرة . الفرق الرئيسي هو أن التربية الخاصة المبكرة تركز أساساً على الأسرة في حين أن التربية المبكرة العامة تركز أساساً على الطفل .	إن العلاقة بين البرنامج الموجه لرعاية الأطفال وأسرة الطفل عنصر بالغ الأهمية . فالعلاقة هذه تعود بفوائد على الطفل والبرنامج والأسرة . فالأسرة يجب اشراكها في القرارات المتعلقة بتربية الطفل ورعايته . وكذلك يجب تبادل المعلومات مع الأسرة حول نمو الطفل وتطوره . كذلك فالقائمون على البرامج يساعدون الآباء والأطفال في عملية الانتقال إلى برامج أخرى . النقاط الرئيسية هي : 1- علاقة تواصل / شراكة . 2- تدريب الآباء / تعليمهم . 3- الاتساق بين البرامج والمنزل	العلاقة بين البرنامج والمنزل

أضواء على التدخل المبكر في الدول العربية

تنطوي الكتابة عن الأطفال المعوقين في الدول العربية على تحدٍ حقيقي ، فالدول العربية تفتقر إلى المعلومات الدقيقة والحديثة عن الأطفال المعوقين والخدمات التربوية المقدمة لهم والتقارير المتوفرة كثيراً ما تتضمن معلومات متناقضة ومربكة . وبالرغم من أن الدول العربية تبنت مؤخراً مبادىء تساوي الفرص التعليمية للمواطنين ، إلا أن تربية الأطفال المعوقين ما تزال إلى يومنا هذا محدودة إلى حد كبير . وذلك يعزى جزئياً إلى الافتراض الخاطىء بأن هؤلاء الأطفال يشكلون نسبة ضئيلة جداً من الأطفال في سن المدرسة ، وهذا الافتراض هو نتائج غياب الاحصاءات الدقيقة حول نسب انتشار الاعاقات وتبني نتائج الدراسات المتوفرة والتي تفتقر إلى الشمولية .

ومع ذلك فقد شهد العقدان الماضيان تحسناً ملحوظاً في واقع الخدمات التربوية للأطفال المعوقين في معظم الدول العربية . فقد ازداد عدد المدارس التي تم تأسيسها بهدف تقديم الخدمات التربوية لهؤلاء الأطفال . وفي العادة تكون هذه المدارس في المدن الكبيرة وينصب التركيز فيها على خدمة الأطفال في سن المدرسة خاصة منهم ذوي الاعاقات البسيطة أو المتوسطة . وما تزال الاعتقادات الخاطئة حول الإعاقة شائعة في كل الدول العربية . فثمة اعتقاد راسخ بأن الأطفال المعوقين ليس لديهم القابلية للتعلم والاستقلالية ، وبناء على ذلك فإن البدائل التربوية المتاحة لهؤلاء الأطفال المعوقين ومحدودية الخبرات المباشرة مع هؤلاء الأطفال (إنهم غالباً ما يغيبون عن الأبصار بسبب الوصمة الاجتماعية) قد عملت على ديمومة المعتقدات المشوهة . فمعظم الأسر تبحث جاهدة عن علاج شاف للإعاقة . ونقص الأدبيات العربية حول الاعاقة يشكل حاجزاً يحول دون توفر المعلومات الصحيحة . وانه لأمر يؤسف له عدم توفر المعلومات اذ لا يتوفر ولو مجلة علمية محكمة واحدة حول الإعاقة أو التربية الخاصة باللغة العربية .

ومنذ البداية تطورت البرامج التربوية للأطفال المعوقين بمنأى عن التربية العادية . فالبرغم من أن وزارات التربية في الدول العربية هي صانعة القرارات ومنفذة السياسات التربوية إلاّ أن مسؤولية تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في معظم الدول العربية توكل إلى وزارات التنمية الاجتماعية وذلك يعكس الاعتقاد بأن تربية هؤلاء الأطفال إنما هي نوع من أنواع العمل الخيري وليس حقاً يجب حمايته . وهذا الأمر ما زال صحيحاً إلى يومنا هذا ، بالرغم من أن القوانين في معظم الدول العربية تنص صراحة على ضرورة تقديم الخدمات التربوية المناسبة للأطفال المعوقين بما يتلاءم وحاجاتهم الفردية الخاصة . ونظام تقديم الخدمات الذي انبثق هو نظام قائم على المؤسسات وليس الخدمات المجتمعية العامة . فبرامج التربية الخاصة إما أن تقدم في مؤسسات إقامة داخلية أو مدارس نهارية خاصة . ولم تبذل سوى محاولات محدودة لتحديد عناصر المنهاج الأساسية . على أي حال ، لا تزال مهنة التربية الخاصة تفتقر إلى المناهج المناسبة التي من شأنها توجيه البرامج التعليمية للأطفال المعوقين (القريوتي ، السرطاوي ، الصمادي ، 1995) . من جهة أخرى ، فإن الطاقة الاستيعابية المحدودة للمدارس وعدم توفر بدائل تربوية أخرى تجعل الخدمات المقدمة غير كافية يستفيد منها نسبة ضئيلة فقط من الفئات المستهدفة .

وكما هو معروف ، فان الأغلبية العظمى من معلمي الأطفال المعوقين في الدول العربية لم تحصل على تدريب رسمي في التربية الخاصة قبل الخدمة الفعلية . فاعداد المعلمين غالباً ما يتم على شكل تدريب أثناء العمل . وقد تغير هذا الوضع مؤخراً حيث بدأت برامج اعداد معلمي التربية الخاصة تنشأ تدريجياً في السنوات القليلة الماضية .

إن التربية الخاصة في الدول العربية حديثة العهد حيث لم تكن برامج تربية وتأهيل الافراد المعوقين تحظى باهتمام رسمي كبير قبل عام 1981 الذي اعلنته الامم المتحدة عاماً دولياً للمعوقين . أما بعد ذلك العام فقد إنبثقت لجان وطنية للاعاقة وشرعت الجهات الحكومية وغير الحكومية ببذل جهود مكثفة لتحديد حجم مشكلة

الإعاقة ، وانشاء مؤسسات ومراكز التربية الخاصة والتأهيل ، وتصميم وتنظيم برامج التدريب قبل الخدمة وبرامج التدريب أثناء الخدمة لاعداد الكوادر وتدريبها ، وتنفيذ حملات التوعية الجماهيرية بهدف تعديل الاتجاهات نحو الأفراد المعوقين ودمجهم في المجتمع وما إلى ذلك . إن الدول العربية وإن كانت قد شهدت تحولات جوهرية في العقدين الماضيين على صعيد التربية الخاصة والتأهيل إلا أنها ما زالت تواجه كغيرها من الدول النامية تحديات وصعوبات جمة في توفير الخدمات المتكاملة لفئات الإعاقة المختلفة . فالاحصاءات المتوفرة حول أعداد المعوقين تفتقر إلى الدقة . وهي تركز على بعض فئات الإعاقة الظاهرة والشديدة (الإعاقات الحركية والبصرية والسمعية والعقلية) وتغفل فئات أخرى . كذلك يبقى النهج المؤسسي المعزول وليس النهج المجتمعي هو النمط السائد . فقد شهدت السنوات الماضية تأسيس عدد غير قليل من معاهد النور للمكفوفين ومعاهد الأمل للصم ومعاهد التربية الفكرية للمتخلفين عقلياً وغير ذلك من مراكز التأهيل والرعاية . ومع ذلك فإن الخدمات المتوفرة تتصف بكونها جزئية ومحدودة من حيث :

أ-النقص الواضح في الكوادر المدربة وخاصة في الخدمات المساندة للتربية الخاصة (العلاج الطبيعي ، العلاج النطقي ، العلاج الوظيفي) .

ب-محدودية الطاقة الاستيعابية للمراكز القائمة حيث لا تخدم هذه المراكز أكثر من حوالي 3٪ من الفئات المستهدفة .

ج-قلة الأدوات الكشفية والتشخيصية والتقويمية الملائمة للبيئات المحلية .

د-عدم توفر المناهج والأدلة والمواد التدريبية .

هـ-المشاركة المحدودة للأسر في تربية وتأهيل افرادها المعوقين .

و-عدم كفاية التدابير المتخذة لتنسيق الجهود ومتابعتها وتقويم فاعليتها .

أدب الأطفال العربي:

أما آن له أن يفتح عينيه على الأطفال المعوقين.

لقد أبدى كتاب أدب الأطفال في عدد غير قليل من دول العالم اهتماماً متزايداً بالأطفال المعوقين في السنوات الماضية . ولعل الهدف الرئيسي الذي يتوخى هذا النوع من أنواع أدب الأطفال تحقيقه هو تطوير مستوى وعي الأطفال بالإعاقات المختلفة وتطوير مستوى قبولهم للاختلاف في النمو بين الناس . فقد كتبت في الولايات المتحدة الأمريكية مثلاً مئات الكتب من هذا النوع في العقود الثلاثة الماضية . ومن الكتب المعروفة في هذا المجال كتاب «ليزا لا تستطيع أن ترى» وكتاب «لا تشعر بالأسف على بول» وكتاب «مغامرات توم سوليفان في الظلام» .

أما المشتغلون بأدب الأطفال في الوطن العربي فلم يلتفتوا بعد لهذه القضية باستثناء توصية بالاهتمام بأدب الأطفال المعوقين تقدمت بها الحلقة الدراسية التي نظمها المجلس العربي للطفولة والتنمية في عام 1998 تحت شعار «نحو مستقبل ثقافي افضل للطفل العربي» . وقد آن لأدب الأطفال العربي أن يولي اهتماماً كافياً بهؤلاء الأطفال إذ أنهم يشكلون نسبة لا يمكن الاستمرار بتجاهلها .

إن الحديث عن أدب الأطفال الذي لا ينسى الأطفال المعوقين قد يبدو أمراً غير مألوف وإنه حقاً لكذلك في دولنا العربية . فقد كان أدب الأطفال العربي وما يزال خالياً من الإشارة إلى الأطفال المعوقين إلا من لمحات تلقي الضوء على عجزهم وتستدر العطف عليهم في أحسن الأحوال . فلن تجد أكثر من مجرد إشارة لشخص مكفوف مقرونة بحاجته إلى المساعدة والشفقة وذلك ربما يعرض في سياق المناشدة بعمل الخير أو في أحد الأبيات في قصيدة شعرية وما إلى ذلك .

إن الدعوة إلى مساعدة الضعيف لفتة طيبة يحركها إحساس نبيل بالضرورة ، ولكنها لا تكفي بل وهي غير مقبولة أحياناً عندما يتعلق الأمر بالأطفال المعوقين .

صحيح أن الأطفال المعوقين لديهم حاجات خاصة تختلف عن حاجات الأطفال غير المعوقين أو تضاف إليها ، إلا أن من غير العدل وصفهم جميعاً بالضعفاء وإن كان لديهم ضعف في جانب أو أكثر من جوانب الأداء . فالضعف بالطريقة التي يتم تقديمه فيها يعني فقدان الأمل وعدم القابلية للتطور والتعلم وذلك أمر غير صحيح ينطوي على تعميمات خاطئة . وهو أيضاً يقدم بطريقة تجعله يطغى على كيان الفرد بحيث لا يتذكر القارئ شيئاً سواه وذلك أمر ينطوي على تجاهل أي مواطن قوة يتمتع بها الفرد المعوق .

إن أدب الأطفال الذي يتضمن مثل هذه التعميمات يسيء إلى نسبة غير ضئيلة من الأطفال . أليس لهؤلاء الأطفال حق في أن يمد أدب الأطفال ذراعيه لهم بالدفء والتفهم والدعم؟ وإلى متى يستمر أدبنا العربي باتخاذ واحد من موقفين : التجاهل أو الإساءة؟ وإذا لم نغير اتجاهات الناس في مجتمعاتنا نحو الإعاقة والمعوقين منذ مراحل الطفولة فمتى نغيرها؟

إن التدخل المبكر في الدول العربية لا يرقى إلى مستوى التطلعات سواء من حيث الوقاية من الإعاقة أو الكشف المبكر عنها أو الخدمات التربوية الخاصة والخدمات المساندة للأطفال الصغار في السن وأسرهم . فثمة خدمات غير متكاملة تقدمها بعض الجهات ولكن تلك الخدمات لا تصل إلا لنسبة ضئيلة جداً من الأطفال الذين يحتاجون إليها . وتأخذ تلك الخدمات أشكالاً متنوعة منها بعض الاجراءات المتعلقة بتفعيل برامج صحة الأسرة والفحص قبل الزواج ، والاستشارات الطبية والجينية ، وحملات التوعية والتثقيف الصحي . وتلعب وزارات الصحة والمكاتب الإقليمية أدواراً مؤثرة وفاعلة في هذه الجوانب . إضافة إلى ذلك فإن أعداداً قليلة من الأطفال ذوي الحاجات الخاصة الصغار في السن أصبحوا يلتحقون بمراكز التربية الخاصة ورياض الأطفال العادية .

ومهما يكن الأمر فالصورة أخذت تتغير مؤخراً حيث أصبح هناك ادراك ووعي حقيقيان لأهمية التدخل المبكر وشرعت مؤسسات عديدة في ترجمة ذلك إلى برامج وخدمات . فعلى سبيل المثال ، ثمة تطورات مبشرة على صعيد برامج التأهيل في المجتمع المحلي بعناصره الوقائية والتوعوية والتدريبية في بعض الدول العربية وذلك بالتعاون مع منظمات الأمم المتحدة المختلفة وبخاصة اليونيسف . كذلك فإن مشروع البورتيج والذي حظي بشهرة عالمية كنموذج للتدخل المبكر في المنزل وتدريب الأمهات أصبح يوظف في عدة دول (كالأردن والامارات العربية المتحدة ولبنان وفلسطين والبحرين) وذلك بالتعاون مع المجلس العربي للطفولة والتنمية وبرنامج الخليج العربي لدعم منظمات الأمم المتحدة الانمائية . على أن التطور الأكثر أهمية تمثل في قيام مدينة الشارقة للخدمات الانسانية بانشاء مركز التدخل المبكر في عام 1992م .

مركز التدخل المبكر الشارقة

يعد مركز التدخل المبكر في مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية والذي أنشئ في عام 1992 أحد الإنجازات الهامة ليس على مستوى دول مجلس التعاون الخليجي فقط وإنما على مستوى الدول العربية عموماً . وقد كان هذا المركز نتيجة لاتفاقية وقعتها حكومة الشارقة مع كل من برنامج الأمم المتحدة الانمائي واليونيسف .

وتشتمل الأهداف الرئيسية لهذا المركز على ما يلي :

1-تنفيذ البرامج الوقائية للحد من الإعاقة في المجتمع المحلي ، وذلك من خلال حملات التوعية عبر وسائل الاعلام المختلفة والنشرات التثقيفية

2-الكشف المبكر عن حالات الإعاقة وذلك من خلال إقامة شبكة إحالة ودعم وطنية وإنشاء وحدة قياس متطورة تتوفر فيها الاختبارات النمائية والمقاييس التطورية المناسبة للبيئة المحلية ووحدة للقياس السمعي المبكر .

3-التدخل العلاجي والتربوي النفسي المباشر للأطفال المعوقين والمتأخرين نمائياً وذلك بإنشاء مركز يعمل تبعاً لاستراتيجية شمولية متعددة التخصصات .

4-تنفيذ الدورات التدريبية للكوادر المحلية والخليجية على صعيد العمل مع الأطفال الصغار في السن وذلك من خلال ورشات عمل ودورات منظمة .

5-تدريب أمهات الأطفال المعاقين وتوجيههن إلى السبل الصحيحة للتعامل مع أطفالهن وتقديم الخدمات الإرشادية لهن لمساعدتهن في التغلب على الضغوط الناجمة عن الإعاقة .

6-إنشاء مركز معلومات ومكتبة علمية متخصصة في مجال الوقاية من الإعاقة والتدخل المبكر .

7-خدمة المجتمع المحلي بوجه عام والأسر بوجه خاص بالتعاون مع رياض الأطفال والمدارس ومراكز رعاية الطفولة .

ويقدم مركز التدخل المبكر خدمات متنوعة للأطفال المعوقين في السنوات الست الأولى من العمر ، تشمل : التعليم ، والعلاج الطبيعي ، والعلاج النطقي ، والإرشاد ، والتدريب ، والخدمات الاستشارية . ويتم تقديم هذه الخدمات إما في المركز أو المنزل . وقد قدم المركز خدماته في السنوات الثلاث الماضية لما يزيد على (500) طفل .

وعلى أي حال ، فما ينبغي الاشارة إليه هنا هو أن بعض العوامل في الدول العربية ، كانت وما تزال تقف عائقاً أمام التدخل المبكر ومن تلك العوامل :

- نزعة أولياء الأمور للانتظار أو توقع حلول أو علاجات سحرية لمشكلات أبنائهم .
- عدم رغبة أولياء الأمور في الاقتناع بأن طفلهم معوق لأن ذلك يبعث الخوف في نفوسهم بسبب اتجاهاتهم واتجاهات المجتمع بوجه عام نحو الإعاقة .

- تعامل الأطباء مع الإعاقة من منظور طبي فقط مما يدفعهم إلى تبني مواقف متشائمة حيال إمكانية تحسن الطفل .

- لجوء الأشخاص المحيطين بالأسرة إلى تبريرات وافتراضات واهية لطمأنة الأسرة وشد أزرها مما يقود إلى توقع حدوث معجزات تساعد الطفل على التغلب من الاعاقة أو حتى التخلص منها بدون تدخل .

- عدم توفر مراكز تدخل مبكر متخصصة وتردد المراكز القائمة في خدمة الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ست سنوات .

- عدم توفر أدوات الكشف المبكر عن الإعاقة وعدم توفر الكوادر المتخصصة القادرة على تطوير المناهج وتوظيف الأساليب الملائمة للاطفال المعوقين الصغار في السن .

- غياب السياسات الوطنية الواضحة ازاء التدخل المبكر بسبب عدم إدراك الحجم الفعلي لمشكلات الإعاقة في الطفولة المبكرة من جهة وبسبب التحديات العديدة الأخرى التي ينبغي مواجهتها من جهة أخرى .

ولا يتوقع أن يتغير الوضع الحالي في الدول العربية جوهرياً دون اتخاذ اجراءات فاعلة وفقاً لخطط وطنية طويلة المدى . ويقترح أن تولي هذه الخطط القضايا الرئيسية التالية اهتماماً كافياً :

1-تشجيع العناية بالأطفال ذوي الحاجات الخاصة في إطار الأسرة والمجتمع المحلي : إذ ينبغي تعليم وتدريب الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في إطار تكاملي تتقاسم فيه الأسر المسؤوليات مع الاخصائيين ومساعديهم وذلك وفقاً لنهج تشاركي في التعرف المبكر والتقييم والتدريب والمتابعة .

2-التأكيد على أن تعليم ذوي الحاجات الخاصة مسؤولية النظام التربوي العام : إن تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة ليس مسؤولية المعلمين المتخصصين في

مجال التربية الخاصة فقط ولكن المعلمين العاديين شركاء في المسؤولية . بعبارة أخرى ينبغي التأكيد على أن النظام التربوي العام يتحمل المسؤولية الرئيسية عن تعليم وتربية جميع الأطفال بغض النظر عن الصعوبات التعليمية التي يواجهها البعض باعتبار الفروق الفردية والتباين والتنوع أموراً طبيعية .

3-توفير أدوات مناسبة للكشف المبكر عن الأطفال ذوي الحاجات الخاصة : وفي هذا الشأن ، ينبغي تشجيع الباحثين على تقنين أدوات الكشف المعروفة عالمياً وتطوير الأدوات والمقاييس المحلية اللازمة .

4-إقامة شبكة إحالة وطنية : بهدف تحويل الأطفال الذين يشتبه أن لديهم إعاقة أو المعرضين لمخاطرها إلى الجهة المناسبة للتشخيص .

5-إعادة التفكير ببرامج اعداد المعلمين : سواء ما يتعلق منها بالتربية العامة أو التربية الخاصة وتنفيذ الدورات التدريبية المنظمة للمعلمين والمعلمات وخاصة معلمي ومعلمات رياض الأطفال بهدف تعريفهم بالمؤشرات الأولية للحاجات التعليمية والنمائية الخاصة وكيفية التعامل مع الحالات المشتبه بها .

6-توعية أولياء الأمور بوجه خاص وأفراد المجتمع بوجه عام بالمؤشرات النمائية غير المطمئنة في مرحلة الطفولة المبكرة من خلال الوسائل المتاحة كالمذياع والتلفاز والصحافة والمجلات الثقافية العامة والمطويات والندوات والمحاضرات التثقيفية .

7- توفير الحوافز الكافية لتنفيذ برامج التدخل المبكر في بيئات تعليمية طبيعية غير معزولة . فمن المعروف أن الدمج أكثر قابلية للنجاح في المراحل العمرية المبكرة ذلك لأن الفروق في العمر بين الأطفال المعوقين والأطفال غير المعوقين ليست كبيرة وأن المناهج أكثر قابلية للتعديل والتكييف .

8- تفعيل دور مراكز الأمومة والطفولة والمرافق الصحية الأخرى التي تقوم على رعاية الأطفال بحيث يتم تقييم ومتابعة النمو الكلي للطفل . فثمة حاجة لتزويد هذه

المراكز بمتخصصين في النمو النفسي – التربوي ، ولاتباع نموذج عملي للتوثيق والاحالة والمتابعة للأطفال المعرضين للخطر .

٩- تشجيع رياض الأطفال العادية على قبول الأطفال الصغار في السن ذوي الحاجات الخاصة وكذلك تشجيع مراكز ومعاهد التربية الخاصة على تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال دون السادسة من العمر .

10-انشاء مراكز مصادر وطنية للتدخل المبكر من أجل :

أ- تقديم الدعم الفني لبرامج التدخل المبكر ورياض الأطفال التي تعمل على دمج الأطفال ذوي الحاجات الخاصة .

ب-تصميم وانتاج الوسائل التعليمية المكيفة .

ج-توفير المعلومات حول الحاجات الخاصة وطرق التعامل معها .

د-تطوير الخطط اللازمة للاشراف المنظم والدوري على البرامج .

هـ-تعريف المجتمع المدرسي المحلي بمعنى التدخل المبكر ومبرراته واساليبه وتطوير الاتجاهات الايجابية نحوه من خلال النشرات والمحاضرات التثقيفية .

و-اعداد أشرطة فيديو تدريبية موجهة للمعلمين وأولياء الأمور .

11-تطوير آليات العمل مع أولياء الأمور :

إن مشاركة الأسرة في برامج التدخل المبكر شرط أساسي لنجاحها . وفي هذا الصدد ينبغي التأكيد على القضايا التالية :

أ-لا يجوز الاكتفاء بمناشدة المعلمين وأولياء الأمور للعمل معاً ولكن لا بد من اتخاذ خطوات اجرائية لضمان ذلك .

ب-حث أولياء الأمور على تشكيل مجموعات أو جمعيات للدفاع عن حقوق الأطفال المعوقين ولدعم أسر هؤلاء الأطفال .

ج-دعوة الهيئات الوطنية الرسمية والأهلية لتقديم كافة أشكال الدعم لهذه المجموعات ومؤازرتها .

د-اتخاذ الخطوات اللازمة لتشجيع أولياء الأمور على المشاركة النشطة في تخطيط وتنفيذ وتقييم البرامج والخدمات المقدمة لأطفالهم ذوي الحاجات الخاصة . وينبغي ايلاء اهتمام خاص بما يلي :

1- تزويد جميع المعلمين بالمعلومات الأساسية حول حاجات أسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة وطرائق ارشادها .

2- توفير المعلومات للأسر حول طبيعة الحاجات الخاصة وسبل تلبيتها .

3- تصميم وتنفيذ برامج التدريب الأسري .

4- توعية الأسر وتعريفها بالأدوار التي تستطيع القيام بها لمساعدة أطفالها ذوي الحاجات الخاصة .

الباب الثاني

الإعاقات في الطفولة المبكرة

الفصل الثالث

الإعاقات العقلية والجسمية

الإعاقة العقلية

الإعاقة العقلية هي حالة انخفاض ملحوظ في الأداء العقلي العام يظهر في مرحلة النمو ويرافقه عجز في السلوك التكيفي . ويعتبر انخفاض الأداء العقلي العام ملحوظاً إذا كان بمقدار إنحرافين معياريين عن المتوسط أي أن درجة الذكاء تقل عن (70) عند استخدام مقياس وكسلر أو (68) عند استخدام مقياس بينيه . أما العجز في السلوك التكيفي والذي يتم تحديد مداه باستخدام مقاييس طورت خصيصاً لهذا الغرض فهو يعني إفتقار الفرد إلى الكفاية اللازمة لتحمل المسؤولية الاجتماعية والتمتع بالاستقلالية الشخصية المتوقعة لمن هم في فئته العمرية وفئته الاجتماعية/الثقافية .

وإعتماداً على مدى الانخفاض في القدرات العقلية العامة تصنف الإعاقة العقلية إلى اربعة مستويات هي :

1- إعاقة عقلية بسيطة (درجة ذكاء بين 55-70) .

2- إعاقة عقلية متوسط (درجة ذكاء بين 40-55) .

3- إعاقة عقلية شديدة (درجة ذكاء بين 25-40) .

4- إعاقة عقلية شديدة جداً (درجة ذكاء دون 25) .

5- وعلى الرغم من تباين خصائص الأفراد ذوي الإعاقة العقلية إلا أن هذه الإعاقة غالباً ما تؤثر في مجالات النمو العقلي ، والجسمي ، الحركي ، والانفعالي/ الاجتماعي ، واللغوي ، والشخصي . فمن الناحية العقلية فإن هؤلاء الأفراد

كمجموعة يعانون من عجز عن الانتباه وقابلية للتشتت ، وعدم الإفادة من التعلم العارض ، وضعف الذاكرة قصيرة المدى ، وضعف القدرة على التمييز من جهة والتعميم ونقل اثر التعلم من جهة أخرى ، وضعف القدرة على التفكير المجرد . ومن الناحية الجسمية/ الحركية فالأشخاص المتخلفون عقلياً وإن كان نموهم يسير وفقاً للتسلسل الطبيعي إلا أن لديهم ضعفاً عاماً أو تأخراً من حيث سرعة النمو ومعدله . وقد تصاحب الإعاقة العقلية وبخاصة الشديدة والشديدة جداً تشوهات مختلفة في الرأس أو الوجه أو في أطراف الجسم . كذلك فهم يكونون أكثر عرضة للاصابة بالأمراض ومظاهر الضعف المختلفة في الأجهزة العصبية والعضلية – العظمية وغيرها . وأما بالنسبة للنمو اللغوي فالإعاقة العقلية غالباً ما تؤثر سلباً على القدرة التواصلية وتقود إلى ضعف أو تأخر لغوي وكلامي . فلغتهم تتطور ببطء وتتسم بعدم النضج وكلامهم غالباً ما يكون مضطرباً من حيث الإنسياب / الطلاقة أو النطق أو الصوت . وفي حالات الإعاقة العقلية الشديدة والشديدة جداً فقد لا تتطور القدرات الكلامية (القريوتي والسرطاوي والصمادي ، 1995) .

وأخيراً فإن للإعاقة العقلية تأثيرات متباينة على مظاهر النمو الشخصي والاجتماعي/ الانفعالي . ومن أهم تلك التأثيرات تدني مستوى الدافعية ومفهوم الذات ، وتوقع الفشل والاخفاق ، والانسحاب الاجتماعي ، والسلوكيات النمطية ، وغير ذلك .

أسباب التخلف العقلي

لقد بذلت جهود هائلة في العقود الماضية لتحديد اسباب التخلف العقلي . وعلى الرغم من ذلك ، لا تزال الأسباب غير واضحة لا يمكن تحديدها بشكل قاطع في أكثر من 75٪ من حالات التخلف العقلي . وعندما لا يكون هناك سبب عضوي معروف للتخلف العقلي فهو يعرف باسم التخلف العقلي الأسري الثقافي . وهذه التسمية توحي بأن البيئة الاجتماعية والثقافية الفقيرة والمحرومة في مراحل الطفولة

المبكرة تقود إلى التخلف العقلي . إلا أنه لا تتوفر أدلة كافية على صحة هذا الافتراض مما دفع بالباحثين مؤخراً إلى استبدال الأسباب الثقافية الاسرية بالأسباب النفسية - الاجتماعية .

أما في الحالات التي يكون فيها التخلف العقلي ناتجاً عن أسباب عضوية معروفة فيسمى بالتخلف العقلي العيادي . ويمكن تصنيف الأسباب البيولوجية الطبية للتخلف العقلي ضمن الفئات السبع التالية (الخطيب والحديدي ، 1997) :

(1) الالتهابات والتسمم :

إن إصابة الأم الحامل بالأمراض المعدية قد تؤدي الى التخلف العقلي لدى الطفل . ومن أكثر هذه الأمراض خطورة الحصبة الألمانية وبخاصة إذا أصيبت الأم الحامل بها في الشهور الثلاثة الأولى من الحمل . كذلك فقد ينجم التخلف العقلي عن إصابة الأم بالأمراض الجنسية مثل الزهري أو إصابتها بالمرض الجلدي المعروف باسم الهيربز (القوباء) .

ومن ناحية أخرى فقد ينجم التخلف العقلي عن إصابة الطفل بعد الولادة بأمراض معدية معينة . ومن هذه الأمراض التهاب السحايا (والذي ينجم عن التهاب فيروسي أو بكتيري في أغشية السحايا التي تغطي الجهاز العصبي المركزي) والتهاب الدماغ .

أما التسمم فهو قد يحدث للأم أثناء الحمل (نتيجة تناول العقاقير الطبية ، أو التدخين ، أو الكحول ، إلخ . .) أو للطفل بعد الولادة (نتيجة عدم توافق العامل الريزيسي أو تناول مادة الرصاص) .

(2) الرضوض والعوامل الجسمية :

قد تحدث الرضوض والإصابات أثناء الحمل أو اثناء الولادة أو بعدها . فتعرض الأم الحامل للأشعة السينية بشكل كبير قد يؤدي إلى التخلف العقلي لدى الطفل .

إضافة إلى ذلك ، فإن المشكلات المرتبطة بعملية الولادة قد ينجم عنها تلف دماغي وبالتالي تخلف عقلي . كذلك قد يحدث التخلف العقلي أيضاً بفعل نقص الأكسجين عن دماغ الطفل أو بفعل الإصابات المباشرة للدماغ .

(3) **اضطرابات عملية الأيض :**

وقد ينتج التخلف العقلي أيضاً عن اضطراب عملية التمثيل الغذائي وبخاصة الحالة المعروفة باسم «الفينل كيتون يوريا» وحالة «الجلاكتوسيميا» . في حالة الفينل كيتون يوريا لا يستطيع الجسم تحويل مادة الفينل ألانين إلى مادة التايروسين لأسباب غير معروفة . وهذا الأمر يقود إلى تجمع كميات كبيرة من الفينل الأنين مما يؤدي إلى اضطراب نمو دماغ الطفل . ولكن هذا الاضطراب قابل للمعالجة بغذاء خاص إذا تم اكتشافه في مراحله الأولى .

أما الجلاكتوسيميا فهو اضطراب في عملية التمثيل الغذائي ينتج عن عدم قدرة جسم الطفل على الاستفادة من مادة الجلاكتوز . وهذه الحالة أيضاً قابلة للاكتشاف والمعالجة مبكراً وإذا لم يحدث ذلك فإن الطفل سيعاني من التخلف العقلي .

(4) **الأمراض الدماغية العامة :**

تشمل هذه الفئة من الأسباب أنواعاً مختلفة من الأمراض أو الأورام الدماغية التي قد تنتج عن اضطرابات بيولوجية وجينية متنوعة .

(5) **الاضطرابات الكروموسومية :**

تعتبر الاضطرابات الكروموسومية من الأسباب المهمة للتخلف العقلي . ومن أكثر هذه الاضطرابات شيوعاً الحالة المعروفة بالمنغولية (متلازمة داون) . في هذا الاضطراب يكون عدد الكروموسومات في الخلية (47) بدلاً من (46) . ويكون الكروموسوم الزائد موجوداً على زوج الكروموسومات رقم (21) ولذلك تعرف هذه

الحالة طبياً باسم (ثلاثية الكروموسوم 21) . وعلى أي حال ، فإن متلازمة داون تأخذ شكلين آخرين هما التصاق أحد الكروموسومات بكروموسوم آخر أو وجود الكروموسوم الزائد في بعض وليس كل خلايا الجسم . وتشير البحوث العلمية إلى أن هذا الاضطراب يرتبط بعوامل معينة من أهمها عمر الأم عند الانجاب حيث أن نسبة حدوثه تزداد بشكل ملحوظ مع تقدم العمر .

(6) الاضطرابات في مرحلة ما قبل الولادة :

تأخذ هذه الاضطرابات أشكالاً مختلفة من أهمها صغر حجم الرأس (والذي قد ينتج عن عوامل جينية أو بيئية مرضية مثل الحصبة الألمانية) ، واستسقاء الدماغ (تجمع السائل المخي الشوكي داخل الدماغ بسبب الأورام أو العمود الفقري المشقوق أو الالتهابات) واضطراب أبرت (حالة جينية يكون فيها حجم الجمجمة صغيراً مما يمنع نمو الدماغ بشكل طبيعي) .

(7) اضطرابات الحمل :

قد تؤدي اضطرابات عملية الحمل على اختلاف اشكالها إلى ضعف عقلي . إلا أن الخداج يعتبر أحد أكثر هذه الاضطرابات خطورة .

ولحسن الحظ يمكن الوقاية من معظم حالات التخلف العقلي حيث تتوفر اجراءات عديدة يمكن أن تمنع حدوثه أو على الأقل تخفف من نسبة حدوثه . وبالطبع ، فالخطوة الأولى على طريق الوقاية من التخلف العقلي تشمل معرفة طبيعته وأسبابه . ولكن معرفة الأسباب وإن كانت ضرورية لا تكفي بحد ذاتها إذ لا بد من أن تترجم هذه المعرفة إلى خطوات عملية للوقاية .

من مكتبة التدخل المبكر :

كتاب أنشطة للأطفال المنغوليين الصغار في السن

تأليف روز آن كلسو وسو برايس .

الناشر : Australian Down's Syndrome Association 91 Hutt Street Adelaide S. A. 5000 Australia. Fax (08) 2237368

يقدم هذا الكتاب معلومات عملية مفيدة لتنمية مظاهر النمو الحركي العام عند الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون . ويعتبر هذا الكتاب ذا فائدة خاصة بالنسبة لاخصائيي العلاج الطبيعي . ويستند الكتاب إلى مفهوم رئيسي مفاده أن الحركة جزء لا يتجزأ من الحياة الإنسانية وأن مدى ونوعية الحركات التي يقوم بها الأطفال في الأنشطة الحياتية اليومية لا حصر لها . وبالرغم من ذلك فنحن لا نولي اهتماماً كبيراً بكيفية حدوث هذه الحركات أو بالعلاقات المتبادلة ذات الأهمية ما بين وضع الجسم وتوازنه والوظائف الحركية إلا عندما لا تتطور هذه القدرات أو عندما تكون غير عادية .

إن الأطفال الذين لديهم متلازمة داون يمتلكون القابلية لتطور مدى واسع وأنماط متنوعة من الأوضاع الجسمية وردود الفعل التوازنية والمهارات الحركية الأخرى . . وفي بعض الأحيان لا تستثمر هذه القابليات وتبقى كامنة الأمر الذي ينجم عنه أنماط نمائية غير طبيعية وغير فعالة .

إن مؤلفتي هذا الكتاب أخصائيتا علاج طبيعي مخضرمتان ولديهما اهتمام حقيقي بتطوير الأداء الحركي للأطفال الصغار في السن الذين يعانون من متلازمة داون . والمؤلفتان تعيان كاملاً حاجة الأسر إلى معرفة طرق التعامل مع الأطفال في المنزل وإلى تطبيق التمرينات والأنشطة التي يستخدمها أخصائيو العلاج الطبيعي . وبناء على ذلك فإن هذا الكتاب موجه أساساً نحو أولياء الأمور ولذلك فالأسلوب مباشر وهو لا يشمل الا القليل من المصطلحات المعقدة . إنه كتاب يتضمن ثروة من المعلومات يمكن توظيفها في مراحل العمر المبكرة .

المبادئ العامة في تعليم الأطفال المتخلفين عقلياً

ربما يكون مفيداً أن نتذكر بداية أن التخلف العقلي هو انخفاض في الذكاء . أنه ليس توقفاً عن النمو ، فالطفل المتخلف عقلياً ينمو ويتعلم ولكن بسرعة أبطأ من الأطفال العاديين . ولأن التخلف العقلي يؤثر على النمو العقلي تحديداً فلن تكون عملية تعليمهم سهلة . فهؤلاء الأطفال يواجهون صعوبات بالغة في الانتباه والتذكر والتمييز والتعميم وهذه كلها شروط اساسية للتعلم . وبدون مراعاة الخصائص الحقيقية لهؤلاء الأطفال فلن تكون عملية تدريبهم مفيدة . وفيما يلي أهم المبادئ التي ينبغي مراعاتها عند تعليم وتدريب الأطفال المتخلفين عقليا(Kirk, Gallagher, & Anastasiow, 1993) .

- الفوز بانتباه الطفل ،من خلال تنظيم المواد والمثيرات والتخفيف من المثيرات المشتتة ، وتعزيز الطفل عندما ينتبه ، واستخدام التلقين اللفظي الايمائي والجسمي لحث الطفل على الانتباه ، واستخدام مثيرات ذات خصائص واضحة ومحددة .
- الانتقال تدريجياً من المهارات البسيطة إلى المهارات الأكثر تعقيداً .
- تحديد مستوى إتقان الطفل للمهارات المطلوبة منه .
- تعزيز الاستجابات الصحيحة للطفل ، فالتعزيز يقوي السلوك ، والتعزيز يجب أن يكون فورياً وملائماً للطفل .
- تأكيد المحاولات الناجحة وعدم التركيز على خبرات الفشل . وذلك يتطلب استخدام الأدوات والوسائل التي من شأنها مساعدة الطفل على تأدية المهمة المطلوبة بنجاح .
- استخدام المواد والأدوات الطبيعية في عملية التدريب كلما كان ذلك ممكناً .
- تطوير قدرة الطفل على التذكر ونقل أثر التعلم من موقع إلى آخر . وذلك يتطلب التكرار والإعادة (أو ما يعرف عادة باسم التعلم الزائد) لكي تصبح الاستجابة تلقائية .

● توزيع التدريب وذلك يعني تدريب الطفل في جلسات قصيرة نسبياً تتخللها فترات اختبار أو استراحة . أما التدريب المكثف فيجب الامتناع عنه إلا إذا كانت الاستجابات المطلوبة من الطفل متشابهة إلى حد كبير .

إن الأطفال المتخلفين عقلياً ليسوا غير قابلين للتعلم فغالبيتهم لديهم القابلية للتعلم والنمو . وفي المرحلة العمرية المبكرة لا تركز البرامج التعليمية لهؤلاء الأطفال على المهارات الأكاديمية وإنما على مهارات الاستعداد العامة والسلوك الاجتماعي والشخصي . إنهم أطفال يتعلمون إذا أعتقدنا أنهم قادرون على التعلم وحاولنا تعليمهم بالطرق المناسبة لهم وليس بالطرق التي يتعلم بها الأطفال الآخرون .

أناشيد الحضانات ورياض الأطفال

والنمو اللغوي للأطفال المتخلفين عقلياً

الأناشيد أداة تستخدمها الحضانات ورياض الأطفال في المجتمعات المختلفة . وتتصف الأناشيد اساساً بكونها تتضمن كلمات ونغمات مكررة وبدايات ونهايات واضحة وبذلك فهي تقدم إطاراً منظماً للتفاعل بين الأمهات وأطفالهن والمعلمات والأطفال . والأناشيد هي شكل من أشكال التفاعل الاجتماعي الروتيني الذي يلعب دوراً هاماً في تطور المهارات التواصلية الأساسية التي ينبثق عنها الكلام في المراحل اللاحقة . ومثل هذه التفاعلات تنظم علاقات الأطفال بالراشدين وتسمح للأطفال بالتنبؤ بالأحداث وباكتساب الايماءات والأصوات التي يمكن توظيفها في التواصل الاجتماعي . وقد بينت عدة دراسات إمكانية استخدام الأناشيد لتشجيع التفاعل بين المعلمات والأمهات من جهة والأطفال المعوقين بصرياً وجسميا من جهة أخرى . فبعد عدة جلسات تدريبية في الأناشيد تدعّم السلوك التواصلي لهؤلاء الأطفال(Rogow, 1982) . وفي دراسة ثانية ، بين جلن وكننجهام (Glenn and Cunningham, 1987) فائدة الأناشيد في تعليم المهارات اللغوية الأساسية

مجموعة من الأطفال الذين لديهم متلازمة داون . وقد أفادت نتائج هذه الدراسة بأن الأناشيد ليست مهمة لتعلم التفاعلات الاجتماعية فقط ولكنها مهمة كذلك للتعرف على الكلمات . واقترح الباحثان تعديل الأناشيد لتعليم الأطفال المتخلفين عقلياً الكلمات البسيطة . فمع أن الأناشيد تتكون من ايقاعات مكررة بسيطة إلا أن الكلمات فيها قد تكون معقدة . وعليه فإن استخدام كلمات بسيطة وقليلة بشكل متكرر قد يزيد من فائدة الأناشيد في برامج التدريب اللغوي . علاوة على ذلك ، فإن الفائدة ستكون أكبر اذا تم استخدام الايماءات المناسبة والاشارات التقليدية . وأخيراً ، فإن المضامين الهامة للدراسات من هذا النوع تتمثل في كون الأناشيد ذات أهمية واضحة في البرامج اللغوية للأطفال خصوصاً والأطفال ذوي الحاجات الخاصة عموماً .

دراسة علمية

العلاج بالفيتامينات والأطفال المنغوليين : مراجعة للبحوث

حاولت هذه الدراسة تقييم نتائج البحوث العلمية التي أجريت بهدف تحديد أثر المعالجة بالفيتامينات على الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون . وتشير الدراسة بداية إلى أن الإدعاء بأن الجرعات الكبيرة من الفيتامينات والأملاح المعدنية مفيدة للأطفال المتخلفين عقلياً قد فازت بانتباه الأطباء خصوصاً والمجتمع عموماً . وراجعت الدراسة عدة بحوث علمية بينت تحسناً في معاملات الذكاء وفي السلوك لدى عينات مختلفة من الأطفال المتخلفين عقلياً . وعلى كل حال ، فقد توصلت الدراسة الحالية ، إثر مراجعة مكثفة للبحوث الحديثة التي ركزت كاملاً على الأطفال المصابين بمتلازمة داون ، إلى أن المعالجة بالفيتامينات ليست مفيدة لهؤلاء الأطفال .

Pruess, J. et al. (1989). Vitamin Therapy and Children with Down Syndrome: A review of Research. Exceptional Children. 55 (4) 336-341.

الإعاقة الجسمية والصحية

يشير مصطلح الإعاقة الجسمية والصحية إلى حالات مختلفة قد تكون ولادية وقد تكون مكتسبة ولكنها عموماً تحد من قدرة الفرد على استخدام جسمه في القيام بالوظائف الحياتية اليومية بشكل مستقل وعادي . وتصنف الأدبيات التربوية الخاصة الإعاقات الجسمية الصحية إلى ثلاث فئات رئيسية وهي :

أ- الاضطرابات العصبية .

ب- الاضطرابات العضلية / العظمية .

جـ- الاضطرابات الصحية المزمنة .

وفيما يلي وصف موجز لأكثر أشكال هذه الاضطرابات شيوعاً في مرحلة الطفولة المبكرة :

الشلل الدماغي (Cerebral Palsy)

الشلل الدماغي اضطراب حركي يرتبط بالتلف الدماغي . وغالباً ما يظهر هذا الاضطراب على صورة شلل أو ضعف أو عدم توازن حركي . وقد كان يطلق على هذا الاضطراب في الماضي اسم «مرض لتل» نسبة إلى الطبيب وليام لتل الذي كان أول من قدم وصفاً عيادياً له عام 1862 . كذلك يطلق على هذا الاضطراب احياناً اسم الشلل الولادي التشنجي . هذا وتجدر الاشارة إلى أن الشلل الدماغي يختلف تماماً عن شلل الأطفال من حيث الأسباب والصورة العيادية العامة .

وتقتصر استخدامات مصطلح الشلل الدماغي على الحالات التي يحدث فيها التلف الدماغي في المراحل العمرية المبكرة جدا . أما إذا حدث التلف بعد مرحلة الرضاعة فالحالة لا تعتبر شللاً دماغياً رغم أن الطفل قد يظهر نفس الخصائص الجسمية والسلوكية التي يظهرها الأطفال المشلولون دماغياً . والشلل الدماغي ليس معدياً . ومع أنه غير قابل للشفاء إذ هو حالة تلازم الانسان طوال حياته إلا أن التلف

الدماغي المسؤول عنه لا يزداد سوءاً مع الأيام . وعلى أي حال ، فإن الحالة العامة للطفل قد تتدهور مع مرور الوقت إذا ما حرم من العلاج المبكر لأن ذلك قد يقود الى مضاعفات عديدة (الخطيب ، 1992) .

وأسباب الشلل الدماغي المعروفة عديدة . وبوجه عام ، فإن أي عامل يسبب تلفاً دماغياً سواء قبل عملية الولادة أو أثناءها أو بعدها قد يؤدي إلى الشلل الدماغي . فقبل الولادة قد ينجم الشلل الدماغي عن اصابة الأم الحامل بالحصبة الالمانية ، أو الأمراض المزمنة (مثل السكري) ، أو تعرضها للاصابات الجسمية ، أو التعرض للأشعة أو تناول المواد السمية . كذلك فان التلف الدماغي قد ينتج عن التفاف الحبل السري ، وتسمم الحمل ، وعدم توافق العامل الريزيسي ، والخداج .

وأثناء عملية الولادة فقد يحدث تلف دماغي خاصة في حالات الولادة العسرة وما يرتبط بها من مضاعفات . أما بعد الولادة ، فثمة عوامل عديدة قد تسبب التلف الدماغي ومنها : نقص الأكسجة ، والحمى ، والأمراض المعدية (مثل التهاب السحايا) ، والأورام الدماغية ، والنزيف ، والتسمم ، واصابات الرأس . ومن المعروف أن الشلل الدماغي عموماً ليس اضطراباً وراثياً . على أن هناك حالات نادرة جداً يمكن ارجاع الشلل الدماغي فيها إلى العوامل الجينية (الكروموسومية) . وأخيراً ، فإن الأطفال الذين ينتمون لأسر تعيش ظروفاً اقتصادية - اجتماعية متدنية أكثر عرضة من غيرهم للشلل الدماغي . ولعل السبب الرئيسي وراء ذلك هو سوء التغذية وعدم كفاية الرعاية الصحية والمخاطر البيئية في مرحلة الرضاعة .

وبالرغم من أن أهم ما يتميز به الشلل الدماغي هو اضطراب الوظائف الحركية الارادية ، إلا أنه اعاقة نمائية متعددة بمعنى أنه قد يؤثر سلباً على مختلف مظاهر النمو لدى الطفل . وقد أظهرت البحوث العلمية أن الأطفال المشلولين دماغياً قد يعانون من الإعاقة السمعية ، والاعاقة البصرية ، والاضطرابات الكلامية واللغوية ، والصرع ، والاعاقة العقلية ، والاعاقة الادراكية والسلوكية . على أن ما ينبغي التأكيد عليه هو أن الأطفال المشلولين دماغياً لا يشكلون فئة متجانسة فثمة فروق فردية كبيرة بينهم .

أما فيما يتعلق بنسبة انتشار الشلل الدماغي فليس من السهل اعطاء أرقام دقيقة عن أعداد الأطفال الذين يعانون منه لأن نسبة انتشاره تتغير بفعل التقدم الطبي ونظم التصنيف المستخدمة وغير ذلك من العوامل . على أن النسب المعتمدة في معظم الدول المتقدمة تتراوح بين 1-3 : 1000 من مجتمع الأطفال . وللأسف ، تشير بعض الدراسات الحديثة إلى أن نسبة انتشار الشلل الدماغي في الدول النامية قد تصل إلى 5 :1000 .

ومن حيث طبيعة المشكلات الحركية التي يعاني منها هؤلاء الأطفال فهي تعتمد على موقع التلف الدماغي وشدته . فالشلل الدماغي أنواع عديدة من أكثرها شيوعاً الشلل الدماغي التشنجي ، والشلل الدماغي الالتوائي (التخبطي) والشلل الدماغي اللاتوازني .

في الشلل الدماغي التشنجي تكون العضلات لدى الطفل مشدودة ومنقبضة . وقد تكون حركاته غير متناسقة . كذلك قد يصعب عليه التقاط الأشياء بأصابعه . واذا حاول الطفل السيطرة على حركاته فهي تصبح أقل انضباطاً . وإذا كان بمقدور الطفل أن يمشي فهو يمشي بالطريقة المعروفة باسم (مشية المقص) حيث أنه يقف على اصابع القدمين وركبتاه متجهتان نحو الداخل .

أما الشلل الدماغي التخبطي فهو يتصف بحركات غير منتظمة ولولبية وواسعة وعندما يكون الطفل في حالة استرخاء وعندما يكون نائماً فالحركات غير الطبيعية وغير الهادفة تقل أو تختفي . ولكن مجرد محاولة التقاط شيء ما (كالقلم مثلاً) تؤدي إلى حركات راقصة في الذراعين وتعبيرات وجهية غير طبيعية وخروج اللسان من الفم . وقد لا يكون باستطاعة الطفل التحكم بشفتيه او لسانه وحلقه فيسيل اللعاب من فمه . وعند المشي تظهر لدى الطفل حركات غير هادفة وغير منتظمة . وقد تنقبض عضلاته وتتوتر أحياناً وترتخي وتضعف أحياناً أخرى . وغالباً ما يعاني الطفل المصاب بهذا النوع من الشلل الدماغي مشكلات كبيرة في اللغة التعبيرية .

وفي النوع الثالث من أنواع الشلل الدماغي وهو النوع اللاتوازني فالمشكلة الرئيسية تتمثل في فقدان الطفل للتوازن وفي ضعف احساسه بوضع الجسم في الفراغ . فهو قد يمشي مترنحاً وقد يهوي إلى الأرض بسهولة إذا لم يدعمه أحد .

هذا ويكون التلف في الشلل الدماغي التشنجي في الألياف العصبية الحركية التي تهبط من القشرة الدماغية والمسؤولة عن التحكم الارادي بعضلات الأطراف . وفي الشلل الدماغي التخبطي يكون التلف في العقدة الأساسية (الخلايا العصبية في الجزء المركزي من الدماغ) . وفي الشلل الدماغي اللاتوازني يكون التلف في المخيخ وهو الجزء المسؤول عن تنسيق الحركات وضبط التوازن والاحساس بوضع الجسم في الفراغ (الخطيب ، 1992) .

وتجدر الاشارة إلى أن الشلل الدماغي قد يصنف تبعاً لشدة الاعاقة الحركية التي يعاني منها الطفل إلى ثلاث فئات هي :

1-الشلل الدماغي البسيط والذي يعاني فيه الطفل من مشكلات محدودة لا تتطلب تدخلاً طبياً .

2-الشلل الدماغي المتوسط والذي تتطور فيه المهارات الحركية لدى الطفل في نهاية الأمر مع أنه قد يحتاج إلى أدوات مساندة للحركة وللعناية بالذات .

3-الشلل الدماغي الشديد والذي تحد فيه الاعاقة الحركية من مقدرة الطفل على العناية بنفسه وتحول دون تمكنه من الكلام بطريقة طبيعية ومن الحركة المستقلة بحيث أنه يتطلب علاجاً مكثفاً ومتواصلاً .

كذلك يصنف الشلل الدماغي وفقاً للأطراف المصابة . فهو يسمى شللاً نصفياً إذا اقتصرت الاصابة عى أحد جانبي الجسم ، وشللاً سفلياً عندما تقتصر الاصابة على الأطراف السفلى فقط ، وشللاً رباعياً عندما تكون الأطراف الأربعة مصابة بالشلل . وقد يكون الشلل أيضاً أحادياً (في طرف واحد) أو ثلاثياً .

وفيما يتعلق بتشخيص الشلل الدماغي فهو عمل عيادي يقوم به اخصائي الأعصاب من خلال دراسة التاريخ الطبي (الحمل ، الولادة ، النمو) والفحص

السريري والاختبارات التشخيصية المختلفة مثل الأشعة السينية ، والتخطيط الكهربائي للدماغ والتصوير المحوري الطبقي وفحوصات الدم والبول . واضافة إلى ذلك ، فإن الملاحظة يمكن أن تزود الأطباء والآباء بمعلومات مهمة تساعد في الاكتشاف المبكر لحالات الشلل الدماغي . فعلى سبيل المثال ، ان الطفل يعتبر في حالة خطر اذا كان لديه تأخر في النمو أو اذا أظهر أنماطاً حركية غير عادية أو مستويات غير طبيعية من التوتر العضلي أو اذا أبدى استجابات حركية أولية يفترض عدم حدوثها . كذلك فمن المشكلات الأخرى التي قد تعني أن الطفل معرض للخطر في مرحلة الرضاعة ما يلي :

1- صعوبات في البلع .

2- البكاء عند تغيير الوضع .

3- ابقاء الابهام داخل اليد .

4- عدم تحريك الألعاب من يد إلى أخرى .

5- ركل الرجلين بشكل متزامن وليس بالتناوب .

6- التأخر في الجلوس .

7- التشجنات العضلية .

8- اخراج اللسان من الفم بشكل متكر .

9- انحناء الظهر أثناء الجلوس .

10- ارتخاء العضلات .

11- حدة المزاج .

12- اقتراب الرجلين من بعضهما البعض .

13- عدم القيام بالحركات تلقائيا .

14- الاصابة بالتهابات الجهاز التنفسي بشكل متكرر .

15- استخدام احدى اليدين فقط قبل أن يبلغ السنة الأولى من عمره .

من مكتبة التدخل المبكر

التعايش مع الشلل الدماغي: أجوبة للأسئلة التي يطرحها الآباء (*)

يقدم هذا الكتاب الفريد من نوعه حول الشلل الدماغي أجوبة كافية لعشرات الأسئلة التي يطرحها آباء الأطفال المصابين بالشلل الدماغي في محاولة منهم للتكيف بشكل أفضل وفهم الحاجات الحالية والمستقبلية لهؤلاء الأطفال . والكتاب مرجع مفيد للأطباء واخصائي العلاج الطبيعي والوظيفي والنطقي والاخصائيين الاجتماعيين والمرشدين والمعلمين الذين يتعاملون مع أسر لديها أطفال يعانون من الشلل الدماغي . ويضم الكتاب تسعة فصول بالإضافة إلى معجم مصطلحات وقراءات مقترحة . أما الفصول فهي : طبيعة الشلل الدماغي ، أسباب الشلل الدماغي ، النمو والتطور ، المشكلات الطبية والجراحية ، الخدمات التخصصية ، القضايا النفسية والاجتماعية ، القضايا التربوية ، الخبرات الحياتية ، والبحث العلمي .

إن الأسئلة المطروحة والأجوبة المقدمة لها هي نتاج ثلاثين عاماً من الخبرة العملية للمؤلف مع أسر الأطفال والراشدين المصابين بالشلل الدماغي . ولعل أهم ما يميز هذا الكتاب هو لغته المفهومة حيث أنه لا يوظف إلا الحد الأدنى المطلوب من المصطلحات العلمية والتقنية . ولكن المؤلف يحقق ذلك بدون التضحية بالرصانة العلمية .

* Schleichkorn, J. (1983) Coping with cerebral palsy: Answers to questions parents often ask. Baltimore, Maryland: University Park Press.

الصرع (Epilepsy)

الصرع تغير غير عادي ومفاجيء في وظائف الدماغ يحدث تغييراً في حالة الوعي لدى الإنسان ، وهذا التغير ينجم عن نشاطات كهربائية غير منتظمة وعنيفة في الخلايا العصبية في الدماغ ، ويبدأ وينتهي تلقائياً ، ويتصف بقابليته للحدوث مرات أخرى في المستقبل .

ولقد طورت عبر السنين الماضية نظم تصنيف عديدة للصرع . إلا أننا في هذا الفصل سنتحدث عن النوبة الكبرى ، والنوبة الصغرى ، والنوبة النفسية الحركية ، ذلك أن هذه النوبات الثلاث هي الأكثر شيوعاً لدى طلاب المدارس .

● **النوبة الصرعية الكبرى** (Grand Mal Seizure)

النوبة الكبرى هي أكثر النوبات الصرعية شيوعاً ،والأكثر خطورة بين النوبات وهي مرعبة للناظر حقاً . ومع بداية حدوث النوبة يصرخ الفرد ، ويفقد وعيه ، ويسقط على الأرض ، واثناء هذه المرحلة يحدث تشنج عام في جسم الفرد يتبعه حركات عنيفة في أطراف الجسم . ويتوقف التنفس لحظياً . وقد يفقد الإنسان السيطرة على المثانة والامعاء . وتستمر النوبة هذه مدة 2-5 دقائق في العادة يستعيد بعدها الانسان وعيه . وبعد ذلك قد يشعر الفرد بالارتباك أو قد يعاني من الصداع ، وفي العادة يذهب في نوم عميق لعدة ساعات .

● **النوبة الصرعية الصغرى** (Petit Mal Seizure)

تتصف هذه النوبة بأعراض مرضية مميزة منها الحملقة في الفراغ ، وفتح العينين واغماضهما وفقدان الوعي . ولا تستمر هذه النوبة في العادة أكثر من ثلاثين ثانية . وهي تصيب الأطفال ما بين الرابعة والثامنة من العمر وتحدث بشكل متكرر (أحياناً عشرات المرات في اليوم الواحد) . ونادراً ما تستمر النوبة الصغرى إلى سن الرشد ، فهي عادة تختفي أو تتحول إلى نوع آخر . وغالباً ما يوصف هؤلاء الأطفال بأنهم عديمو الانتباه وبأن لديهم أحلام يقظة .

ج- **النوبة النفسية الحركية** (Psychomotor Seizure)

تنجم هذه النوبة عن تلف في الفص الصدغي في الدماغ . وتحدث لدى الأطفال دون السادسة من العمر وفي العادة تستمر لبضع ثوان . وتتصف النوبة النفسية الحركية بنشاطات حركية غير هادفة تحدث بشكل متكرر من مثل المضغ أو تلمظ الشفاه ، أو فرك اليدين أو فراغ الرجلين . ولأن الفرد لا يفقد الوعي ولا يسقط

على الأرض ، فهذه النوبة غالباً ما يساء تفسيرها ، فتعامل بوصفها نوبات غضب أو اضطرابات نفسية ذهانية .

وما تزال أسباب الصرع غامضة ، إلا أن هناك ما يشير إلى أن الصرع يرتبط ببعض العوامل المحددة ، ومنها تلف الدماغ قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها ، وإصابات الرأس ، وبعض أنواع التسمم ، والعوامل الجينية وبعض أنواع الالتهابات (مثل التهاب السحايا) . وتشير الدراسات إلى أن الاحصائيات المتوافرة تؤكد على أن نسبة انتشار الصرع في الدول النامية تفوق نسبة انتشاره في الدول المتقدمة . فنسبة انتشار الصرع في الدول المتقدمة لا تزيد على 10 في 1000 بينما في الدول النامية قد تبلغ 20 في 1000 . إن العلاج الفعال للصرع يسترعي إيقاف النوبة أو الحد منها من جهة ، وتحديد المشكلات المصاحبة ومعالجتها من جهة أخرى ، وتعتمد البرامج العلاجية على مظاهر النوبة وعلى خصائص الفرد المصاب . وفيما يلي وصف سريع لطرق العلاج التقليدية .

إن الوسيلة الأساسية التي يعتمد الأطباء عليها لمعالجة الصرع هي العقاقير المضادة للنوبة (Anticonvulsant Drugs) وهذه العقاقير تعمل على كبح النوبات أو إيقافها في حوالي 80٪ من الحالات .

ويقوم أخصائيو جراحة الدماغ والأعصاب أحياناً بإجراء جراحة عصبية تعرف بعملية استئصال الفص الصدغي (Temporal Lobectomy) وهذه العملية تجرى للمصابين بالصرع النفسي الحركي . وتشير البحوث ذات العلاقة أن هذه العملية تؤدي إلى نتائج إيجابية في كثير من الأحيان .

ان الصرع قد يترتب عليه مشكلات متنوعة طبية ونفسية واجتماعية وتربوية ومهنية . وكما يجمع المهتمون بالأبعاد النفسية والاجتماعية للصرع ، فهذا الاضطراب يبتدئ كمشكلة طبية وينتهي كمشكلة اجتماعية . وما يعنيه ذلك هو أن الاتجاهات السلبية نحو الصرع ونحو الفرد المصاب به غالباً ما تكون أشد إعاقة للفرد من النوبة ذاتها . ولذلك فلا غرابة في أن يحدث الصرع أزمة حقيقية لدى الفرد وأسرته .

ويتضح من مراجعة الأدب المتصل بالابعاد التربوية للصرع ، أن لدى الطلاب المصابين بهذا الاضطراب حاجات تربوية خاصة متنوعة ، وأن المدارس العادية ، وإن كانت المكان المناسب لتعليم هؤلاء الطلاب في الأغلبية العظمى من الحالات ، غالباً ما تتجاهل هذه الحاجات .

ومن الواضح أن المعلم يلعب دوراً حاسماً في طبيعة الخبرات التي يمر بها الطالب المصاب بالصرع ، وفي جعل حياته المدرسية عادية أو قريبة من العادية . فنجاح الطالب وتكيفه وتحصيله كله منوط بتفهم المعلم ودعمه ، وذلك يتطلب من المعلم التعرف إلى حقيقة الصرع وآثاره وتعريف الطلاب الآخرين بذلك . عندئذ فقط تصبح الاتجاهات واقعية نحو الافراد المصابين بالصرع . ولا يعني ذلك بالطبع تدخل المعلم غير المبرر في حياة الطالب المصاب ، فهو ليس بحاجة إلى قيود إضافية على نشاطاته . ولكن المطلوب هو مراعاة مبادئ السلامة العامة ، وتوجيه نشاطاته المدرسية المختلفة توجيهاً سليماً . إن السماح للفرد المصاب بأن يسلك الطريق الأسهل ، والسماح له بتجنب الواجبات والنشاطات اللازمة ، خشية حدوث النوبة ، ليس في صالحه على المدى البعيد(Bigge, 1982) .

العمود الفقري المفتوح(Spina Bifida) :

هو تشوه ولادي بالغ الخطورة ينتج عن عدم انسداد القناة العصبية أثناء مرحلة التخلق بشكل طبيعي . تبلغ نسبة انتشاره حوالي (2) في (1000) . إن اسباب العمود الفقري المفتوح لا تزال غير مفهومة جيداً وإن كان يعتقد عموماً أن عوامل جينية تتفاعل مع عوامل بيئية في مرحلة ما قبل الولادة . كذلك يعتقد أن نسبة ضئيلة جداً من الحالات قد تكون وراثية .

والعلاج الوحيد في الحالات الخطيرة هو الجراحة العصبية الفورية حيث يقوم جراح الأعصاب بإعادة الحبل الشوكي إلى مكانه وإغلاق الفتحة . ولكن ذلك يقود إلى الشلل في الأطراف السفلى ويؤدي إلى فقدان السيطرة على وظائف المثانة

والامعاء . ولذلك يحتاج هؤلاء الاشخاص في المراحل اللاحقة الى استخدام العكازات أو الكراسي المتحركة(Umbreit, 1983) .

وللعمود الفقري المفتوح مضاعفات متنوعة فاضافة إلى الشلل يعاني الأطفال الذين لديهم هذه الإعاقة من مشكلات مختلفة من أهمها الاستسقاء الدماغي والذي قد يؤدي في معظم الحالات إلى التخلف العقلي إذا لم تتم معالجة الحالة جراحياً في أسرع وقت ممكن . كذلك قد يحدث ضعف أو شلل في عضلات الجذع وذلك اعتماداً على موقع الفتحة في الظهر . ونتيجة لذلك قد تحدث تشوهات في العظام وتقرحات في الجلد . وأخيراً فمن المضاعفات المعروفة لهذه الحالة التهابات المجاري البولية .

شلل الأطفال (Poliomyelitis)

شلل الأطفال هو التهاب فيروسي يتلف الخلايا الحركية في النخاع الشوكي . ويدخل الفيروس إلى الجسم عبر القناة الهضمية وينتقل عبر مجرى الدم ويستقر في الخلايا الحركية في النخاع الشوكي . وتكون النتيجة تعطل وظائف هذه الخلايا التي تتحكم بالعضلات مما يقود إلى عدم القدرة على الحركة (الشلل) . في المرحلة الأولى (وهي مرحلة الالتهاب الحاد) تحدث حمى وانتقباضات عضلية مؤلمة وعدم قدرة على تحريك عضلة معينة أو طرف بأكمله . ومع نهاية هذه المرحلة تبدأ مرحلة الشلل والذي قد يأخذ اشكالاً كثيرة وذلك اعتماداً على طبيعة التلف الذي حدث في خلايا الحبل الشوكي . فبعض العضلات تشل كاملاً وبعضها الأخر قد يضعف فقط . في هذه المرحلة لا يحدث تدهور إضافي في الوظائف الجسمية ، ويبدأ العلاج التأهيلي والذي قد يستغرق عدة سنوات . ويهدف التأهيل والذي يشارك فيه اختصاصيو العلاج الطبيعي إلى تصحيح التشوهات الوضعية وتشجيع الحركة المستقلة وذلك قد يتطلب استخدام العكازات والعصي والأحذية الطبية الخاصة وغير ذلك من الأدوات المساعدة .

بعض الاضطرابات القلبية الولادية

الاضطراب	الوصف	نسبة حدوث
صمام الأبهر ذو الشرفتين Bicuspid Aortic Valve	اضطراب شائع يكون فيه لصمام الأورطة (أبهر) شرفتان بدلاً من ثلاث .	78: 1
تشوه الحاجز البطيني Ventricular Septal Defect	فتحة في الحاجز (الجدار) بين البطين الأيمن والبطين الأيسر . اذا كانت الفتحة واسعة فثمة حاجة لجراحة القلب المفتوح .	532: 1
القناة الشريانية المفتوحة Patent Ductus Arteriosis	عدم انغلاق القناة بين الأبهر والشريان الرئوي . يجب إجراء جراحة القلب المفتوح .	1340: 1
تضيق الشريان الرئوي Pulmonary Stenosis	تضيق في صمام الشريان الرئوي قد يؤدي إلى توسيع الأذين الأيمن أو البطين الأيمن . إذا حدث ذلك تصبح الجراحة ضرورية .	1620: 1
تشوه الحاجز الأذني Atrial Septal Defect	فتحة في الحاجز بين الأذين الأيمن والأذين الأيسر . إذا كانت الفتحة واسعة تصبح جراحة القلب المفتوح ضرورية .	1548: 1
رباعية فالو Tetralogy of Fallot	يسمى ايضاً عيوب القلب الولادية الرباعية . وفيه يحدث تشوه في الحاجز البطيني في الصمام الرئوي . يجب إجراء جراحة القلب المفتوح .	1834: 1
تضيق الأبهر Coarction of Aorta	تضيق الأورطة (الأبهر) ويعالج جراحيا بإزالة الجزء الضيق .	2323: 1

الاستسقاء الدماغي (Hydrocephaly)

هو تجمع غير طبيعي للسائل المخي الشوكي في الدماغ قد يحدث بسبب التشوهات . ومن أهم التشوهات التي تقود إلى الاستسقاء الدماغي العمود الفقري

المفتوح . وإضافة إلى التشوهات الولادية هناك أسباب أخرى تكمن وراء الاستسقاء الدماغي فهو قد يحدث بسبب النزيف ، والأورام ، والاصابات الدماغية ، والالتهابات .

وقد ينجم عن الاستسقاء الدماغي مضاعفات خطيرة . فتجمع السائل المخي الشوكي يؤدي إلى توسع حجيرات الدماغ وذلك يقود إلى الضغط على الخلايا العصبية الدماغية وبالتالي تلف الدماغ . وذلك بدوره قد يقود إلى التخلف العقلي والشلل والنوبات التشنجية والضعف البصري إذا لم تتم المعالجة مبكراً جداً . كذلك فإن التجمع المفرط للسائل قد يؤدي إلى توسع حجم الجمجمة (Batshaw & Perret, 1992) .

والعلاج هو الجراحة العصبية حيث يتم وضع أنبوب دائم في حجيرات الدماغ لتصريف السائل من الدماغ إلى الأحشاء ويطلق على هذه العملية اسم «العملية الصارفة» وقد تحدث مضاعفات خطيرة لهذه العملية مثل الالتهابات أو انسداد الانبوب مما يتطلب أجراء العملية مجدداً . ومن أهم أعراض مضاعفات هذه العملية الصداع ، التقيؤ ، التهيج ، فقدان الوعي ، وعدم التركيز . وعلى الرغم من تلك المضاعفات فان هذه العملية يتم أجراؤها لأن عدم التدخل الجراحي أكثر خطورة على حياة الطفل .

أنيميا الخلايا المنجلية (Sickle Cell Anemia)

هي اضطراب وراثي في الدم يضطرب فيه الهيموجلوبين وهو بروتين موجود في كريات الدم الحمراء . وهذا الاضطراب ينتقل كصفة متنحية بمعنى أن أعراضه تظهر على الطفل الذي يأخذ جيناً مضطرباً من الام وأخر من الأب ويسمى هذا الاضطراب بهذا الاسم لأن كريات الدم الحمراء الدائرية الشكل تصبح طويلة وتأخذ شكل المنجل . وينجم عن هذا الاضطراب صعوبة في انتقال الدم في الأوعية الدموعية مما يقود إلى نقص الدم والأوكسجين عن أعضاء الجسم . وللتعويض عن

هذا النقص ينتج الجسم المزيد من كريات الدم الحمراء (والتي تكون منجلية) مما يؤدي إلى مزيد من الانسداد في الأوعية الدموعية ومزيد من نقص الأكسجين .

ولأن الخلايا المنجلية غير طبيعية فان الجسم يعمل على التخلص منها بسرعة فهي تعيش حوالي 20 يوماً في حين أن كريات الدم الحمراء تستبدل كل أربعة شهور . ويؤدي تحطم الهيموغلوبين إلى ارتفاع نسبة البلريوبين مما يتسبب في الاصفرار لدى معظم المرضى . ولان قدرة الجسم على انتاج كريات دم حمراء جديدة محدودة فان الشخص يعاني من فقر الدم (الأنيميا) . كذلك فان نقص الأكسجين يؤدي إلى آلام مبرحة (Umbreit, 1984) .

إضافة إلى الآلام المبرحة وفقر الدم ، يكون الشخص معرضاً للاصابة بالالتهابات البكتيرية كتلك التي تسبب التهاب السحايا وذات الرئة . وتعتبر هذه الالتهابات من العوامل الرئيسية المسببة للوفاة . لذلك قد يحدث تورم في اليدين والقدمين والمفاصل والضعف في الكبد وفقدان الشهية والهزال العام . ومن المضاعفات الخطرة لهذا المرض أيضاً تضخم عضلة القلب والتهاب الجهاز التنفسي والخمول والاغماء وخاصة عندما يحدث انسداد في مجرى الدم .

وللاسف ، ليس هناك عقاقير طبية أو اية معالجات أخرى قادرة على تغيير الجين المرضي أو منع حدوث الآلام . ولكن هناك عقاقير تخفف شدة الألم وتكراره . كذلك هناك اساليب علاجية لخفض احتمالات حدوث انسداد في الأوعية الدموية .

الهيموفيليا (Hemophilia)

الهيموفيليا مرض وراثي يتصف بالقابلية للنزيف بسبب نقص عامل التخثر . وقد يكون النزيف داخلياً أو خارجياً وقد يحدث بفعل إصابة معينة أو قد يحدث تلقائياً . وقد يبقى الطفل المصاب بالهيموفيليا دون تشخيص فترة طويلة وبخاصة عندما يكون النقص في عامل التخثر بسيطا ، إلى أن يُجرح أو تجرى له عملية جراحية فيكتشف أن من الصعب ضبط النزيف . في هذه الحالات البسيطة نادراً ما

يحدث النزيف تلقائياً ولكن الاصابة حتى لو كانت خفيفة قد تحدث نزيفاً حاداً . أما الأشخاص الذين يعانون من نقص شديد جداً في عوامل التخثر فمعاناتهم كبيرة . وغالباً ما يتم تشخيص الحالة لديهم مبكراً . وقد يحدث لديهم نزيف بدون سبب واضح . وفي مثل هذه الحالات لا بد من اتخاذ الاجراءات الطبية المناسبة لأن النزيف المتكرر قد يقود إلى تشوهات في المفاصل بل وإعاقات حركية - عظمية . كذلك فإن من المضاعفات المحتملة للهيموفيليا التهاب الكبد الوبائي وردود الفعل التحسسية الناتجة عن نقل الدم واضطراب الجهاز العصبي المركزي وغير ذلك .

وبشكل عام ، ينتقل مرض الهيموفيليا وراثياً كصفة متنحية ويحمل على الكروموسوم الجنسي حيث تنقله الأم المصابة إلى أولادها فيظهر المرض لديهم (الاحتمالات 50٪) أو إلى بناتها فيصبحن ناقلات للمرض (الاحتمالات 50٪) . وعلى أي حال ، فقد يكون الهيموفيليا غير وراثي في بعض الحالات القليلة .

هذا وقد ينجم عن الهيموفيليا اعتمادية كبيرة لدى الطفل وذلك بسبب الحماية الزائدة التي قد يظهرها الوالدان . وبالنسبة للتحصيل المدرسي للأطفال المصابين بالهيموفيليا فهو ضعيف رغم أن مستوى ذكائهم عادي أو فوق العادي . والسبب وراء تدني التحصيل هو الغيابات المتكررة عن المدرسة نتيجة حدوث النزيف والآلام . وذلك من شأنه الحد من الدافعية للتعلم والتحصيل والتأثير سلبياً على مفهوم الذات والنمو الاجتماعي(Batshaw & Perret, 1992) .

مرض لج - بيرثز (Legg- Perthes Disease)

مرض لج - بيرثز هو اضطراب مزمن في الجهاز العظمي يحدث فيه تنكس (تلف) في مركز النمو في عظمة الفخذ وهو الطرف العلوي حيث تتصل هذه العظمة بالحوض . ويصيب هذا المرض الذكور أكثر من الإناث وغالباً ما يظهر لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 4-8 سنوات . وسبب هذا المرض غير معروف ولكن يعتقد أنه قد يكون نتيجة لاضطرابات الأوعية الدموية أو الاصابات الجسدية المباشرة أو

العوامل الوراثية . وكثيراً ما تتشابه أعراضه مع أعراض أمراض أخرى منها التهاب مفاصل الحوض وقصور الغدة الدرقية وغير ذلك .

وتتمثل المشكلة الرئيسية في مرض لج - بيرثز بعدم وصول الدم إلى رأس عظمة الفخذ مما يؤدي إلى موت الأنسجة هناك . وغالباً ما يقتصر التلف على عظمة واحدة ولكنه قد يؤثر على عظمتي الفخذ أحياناً . وفي العادة ، تبدأ الرحلة الصعبة والطويلة مع المرض بالآم في الركبة أو الفخذ أو الحوض وبالعرج المفاجيء . ويحتاج تشخيص هذا المرض استخدام الاشعة السينية حيث يتضح وجود تحطم وتلف في مركز النمو في عظمة الفخذ .

ومن النواحي التربوية - النفسية ، يشكل مرض لج - بيرثز اعاقة عظمية مؤقتة . فتشخيص الحالة وعلاجها ينتج عنهما تغيرات جوهرية في نمط حياة الطفل . ومع أن المرض لا يؤثر على قدرة الطفل على التعلم الا أنه يؤثر سلباً على اتجاهاته نحو التعلم بسبب فقدان الاستقلالية المتمثل بمحدودية الحركة مما يتطلب دعماً نفسياً مناسباً وتفهماً لحاجاته الفريدة (Batshaw & Perret, 1992) .

مرض العظام الهشة (Osteogenesis Imperfecta)

يعتبر مرض العظام الهشة من الأمراض الخطيرة . ولكنه مرض نادر يصيب واحداً من كل أربعين ألف طفل . ولا يعرف سبب هذا المرض وان كان يعتقد أنه وراثي ينتقل كصفة سائدة عادة أو يحدث كطفرة جينية في بعض الحالات .

ومن الأعراض الأساسية لهذا المرض إضافة إلى قابلية العظام للكسر وعدم نموها : الجلد النحيف ، وصغر حجم الجسم ، وإزرقاق صلبة العين ، والضعف السمعي الشديد بسبب تلف عظيمات الأذن الوسطى . وفي العادة يكون المرض عاماً حيث تصاب عظام الجمجمة والأسنان والأطراف السفلى والعليا والعمود الفقري إضافة إلى الجلد .

والمشكلة الرئيسية في هذا المرض تكمن في افتقار العظام إلى البروتين ولذا فهي تكون غير صلبة ولا تحتوي على الكميات العادية من الكالسيوم والفسفور . ولا يُعرف لهذا المرض دواء شاف حالياً . فكل ما يمكن عمله هو إجراء جراحي يهدف إلى وضع قطعة حديدية بين طرفي العظمة وبخاصة عظمة الفخذ . وغالباً ما يحتاج الطفل إلى استخدام كرسي متحرك للتنقل من مكان إلى آخر أو إلى عكازات للانتقال لمسافات قصيرة .

ومن الناحية التربوية فهؤلاء الأطفال لا يستطيعون الالتحاق بالمدارس العادية وإن كانت قدراتهم العقلية في المدى الطبيعي . فهم بحاجة لمدارس خاصة تعنى بالأطفال المعوقين جسمياً . وفي تلك المدارس يتم توفير الأدوات المساندة اللازمة ويتم الاشراف طبياً على جميع النشاطات التي يقومون بتأديتها . كذلك يتم تزويد هذه الفئة من الأطفال بنشاطات ترويحية واجتماعية لا تتضمن الاجهاد أو التعب(Batshaw & Perret, 1992) .

مستوى التوتر العضلي مؤشر هام على النمو الجسمي

يعتبر اضطراب مستوى توتر العضلات في الجسم واحداً من الأعراض الحركية التي تدل على وجود ضعف ما في الجهاز العصبي المركزي ويكون التوتر العضلي غير طبيعي إذا كان أكثر بشكل ملحوظ من المستوى العادي (Hypertonicity) أو أقل بشكل ملحوظ منه (Hypotonicity) أو إذا كان المستوى يتذبذب فيكون منخفضاً تارة ومرتفعا تارة أخرى . وهذا الاضطراب في التوتر العضلي يتراوح ما بين البسيط والشديد ، وقد يحدث الاضطراب في أي من أعضاء الجسم أو الجسم كله .

وهناك اربع طرق لتقييم مستوى توتر العضلات لدى الطفل :

ا-معرفة مستوى تماسك (متانة) العضلات . فالعضلات الطبيعية تكون ثابتة (مستقرة) ، والعضلات ذات التوتر العالي تكون قاسية وصلبة والعضلات ذات التوتر المنخفض تكون لينة ومترهلة .

2-تقييم مدى الحركة أو المرونة في المفاصل . فالعضلات ذات التوتر العالي تسمح بمدى محدود من الحركة والعضلات ذات التوتر المنخفض تسمح بمدى واسع من الحركة (أوسع من المدى العادي) .

3-تحديد مستوى استجابة العضلات . فالعضلات ذات التوتر العالي تقاوم الحركة وتتيبس والعضلات ذات التوتر المنخفض تستجيب بسلبية فلا تقاوم وتكون مرتخية .

4-ملاحظة الوضع الجسمي للطفل . فالطفل الذي لديه إفراط في التوتر العضلي يأخذ وضعاً متشنجاً ومنقبضاً والطفل الذي لديه انخفاض في التوتر يأخذ وضعاً مرتخياً مترهلاً .

الوهن العضلي (Myasthenia Gravis)

الوهن العضلي اضطراب عصبي عضلي يحدث فيه ضعف شديد في العضلات الارادية وشعور بالتعب والإعياء وبخاصة بعد القيام بنشاط ما . وقد يؤثر هذا المرض على اية عضلات في الجسم ولكنه في العادة يصيب عضلات الوجه والعنق والعضلات المحيطة بالعين . وتحدث الأعراض المرضية تدريجياً وهي تكون بأشد صورها عندما تصاب العضلات ذات العلاقة بالتنفس والبلع .

ومن الأعراض المميزة للوهن العضلي الرؤيا المزدوجة ، وبحة الصوت ، وصعوبة المضغ والبلع ، والتعبيرات الوجهية المميزة الناتجة عن الضعف العضلي وضعف اليدين والرجلين . كذلك فان الضعف العقلي يتفاقم في حالة التعرض للضغوط النفسية والتعب .

ولا يترك الوهن العضلي أي تأثيرات على القدرات العقلية أو التعلمية أو السمعية أو البصرية فتأثيراته الأساسية تتعلق بالوظائف الحركية . وبناء على ذلك فان الشخص المصاب بحاجة إلى تأهيل حيث يتم تدريبه من أجل القيام بمهن لا تتطلب بذل جهود جسدية كبيرة (Umbreit, 1983) .

الإسعافات الأولية والعقاقير الطبية

قد يحتاج الأطفال الملتحقون ببرامج التدخل المبكر، شأنهم في ذلك شأن الأطفال الملتحقين بالحضانات ورياض الأطفال، إلى تناول عقاقير طبية أو قد يتعرضون لحالات طبية طارئة. ولذلك فان على العاملين في هذه البرامج أن يكونوا على معرفة بسبل التعامل مع الأطفال في هذه المواقف.

بالنسبة للعقاقير الطبية يفضل ان تكون مسؤولية اعطائها للأطفال مسؤولية الوالدين وباشراف الطبيب. وفي بعض الحالات الاستثنائية قد يتطلب الأمر اعطاء العقاقير الطبية للطفل اثناء الدوام في مراكز التدخل المبكر. وفي هذه الحالات، يجب أن تعتمد المراكز نظاماً واضحاً يحدد الشخص الذي يستطيع اعطاء الأطفال العقاقير الطبية. ويجب أن توضع جميع العقاقير في مكان بعيد عن متناول أيدي الأطفال وأن تكون اسماؤها مكتوبة عليها. والمبدأ العام الذي يجب عدم مخالفته باي حال من الأحوال هو الامتناع عن اعطاء الأطفال أية عقاقير طبية دون استشارة الطبيب.

وفي الحالات الطارئة (مثل الجروح والسعال الشديد والنوبات الصرعية) لا بد من تقديم الاسعافات الأولية المناسبة. وفي هذا الصدد يقترح أن تحتفظ كل المراكز بدليل للأسعافات الأولية وان يتم عقد دورة مناسبة للعاملين لتعريفهم بالاجراءات الطارئة والاسعافات الأولية. في هذا الدليل، سيتضح مثلاً أن افضل طريقة لمعالجة نزيف الأنف هو الضغط على الأنف من الخارج وتهدئة الطفل. وأن أفضل طريقة لمعالجة الجروح هو الضغط عليها بقطعة قماش نظيفة إلى أن يتوقف النزيف. وأفضل طريقة للتعامل مع الأطفال الذين يسقطون على الأرض هي عدم تحريكهم فذلك قد ينتج عنه كسر في أحد الاطراف خاصة اذا كان الطفل يشكو من ألم شديد أو اذا كان هناك انتفاخ أو احمرار في الطرف المصاب.

وفي حالة النوبات الصرعية ينبغي عمل ما يلي :

1- ابقاء الطفل في مكانه ومساعدته على الاستلقاء على الأرض على أحد جانبيه .

2- ازالة الاشياء الحادة وابعادها عن الطفل .

3- عدم وضع أي شيء في فم الطفل .

4- عدم محاولة ايقاف التشنجات اثناء حدوثها .

5- الامتناع عن اعطاء الطفل اية عقاقير طبية من الفم اثناء حدوث النوبة .

6- اذا لم تتوقف النوبة خلال خمس دقائق على أكثر تقدير يجب استدعاء الممرضة أو الطبيب وابلاغ والديه .

7- اذا أصبح الطفل ينتقل من نوبة إلى أخرى فتلك حالة طارئة ويجب استدعاء سيارة الاسعاف ونقل الطفل الى المستشفى .

إصابات الرأس في مرحلة الطفولة المبكرة

أن اصابات الرأس ظاهرة شائعة جداً في مرحلة الطفولة . فملايين الأطفال يموتون وعشرات الآلاف يصبحون معوقين جسميا أو عقلياً بسبب التعرض لاصابات الرأس الناتجة عن الحوادث المختلفة مثل السقوط من الأماكن المرتفعة أو عن الدراجات الهوائية أو الاشجار أو المراجيح أو التعرض لحوادث السير أو تناول المواد السامة . وتشير الاحصائيات ايضاً الى أن الأولاد أكثر تعرضاً للحوادث وبالتالي لاصابات الرأس من الاناث . فالأولاد اكثر نشاطاً من البنات ويمارسون أنشطة اكثر خطورة ولعلهم أقل خوفاً من البنات أيضاً . علاوة على ذلك ، فإن البيانات في الآونة الأخيرة توضح أن اعداداً هائلة من الأطفال يتعرضون لاساءة المعاملة من قبل الوالدين أو من قبل الكبار الذين توكل اليهم مهمة العناية بهم وان اساءة المعاملة تلك قد تنتج عنها اصابات خطرة ذات تأثيرات سلبية بعيدة المدى .

إن مضاعفات اصابات الرأس في مرحلة الطفولة عديدة وقد تكون خطيرة وطويلة المدى وذلك يعتمد على شدة الاصابة الدماغية وموقعها . ومن الواضح أن مسؤولية القائمين على رعاية الأطفال وتربيتهم أن يحموهم من هذه الاصابات وذلك أمر ممكن .

سكري الأحداث (Juvenile Diabetes)

سكري الأحداث هو أكثر اضطرابات جهاز الغدد الصماء شيوعاً في مرحلة الطفولة . وتبين الدراسات أن التأثيرات السلبية لهذا المرض الناجم عن عجز البنكرياس عن إفراز هرمون الأنسولين بكميات كافية ، لا تقتصر على الطفل المصاب فقط ولكنها تمتد لتطال أفراد أسرته أيضاً . فلأن السكري يؤثر على العمليات الجسمية الأساسية ، ولأن ضبطه يفرض على الطفل وأسرته أداء أدوار علاجية غير سهلة ، فهو غالباً ما يمثل تحدياً خاصاً بالنسبة لهم ولتكيفهم النفسي-الاجتماعي . فقد يصبح الطفل المصاب بالسكري اعتمادياً وكثيراً ما يسهم الآباء والمعلمون في تطور هذه الصفة وذلك عبر الحماية الزائدة للطفل . والسكري قد يُدرك من قبل الطفل باعتباره حالة تقود بالضرورة إلى الضعف أو العجز ؛ الأمر الذي يعمل بمثابة مصدر للضغوط النفسية الهائلة .

وبالنسبة للأسرة فالسكري يتضمن نقل المسؤولية مباشرة من الأطباء إليها . والعناية اليومية ومتابعة الوضع الصحي للطفل في البيت تتطلب الجهد والوقت . وذلك بدوره يتطلب من الأسرة إعادة تنظيم أنماط الحياة لتصبح ملائمة لتلبية الحاجات الخاصة وللقيود التي يفرضها المرض . فالأطفال المصابون بالسكري يحتاجون إلى التنظيم الغذائي ، والحقن اليومي بالأنسولين ، وفحص البول ، وضبط نسبة السكر في الدم . كذلك فالسكري ، شأنه في ذلك شأن الأمراض المزمنة جميعاً ، قد ينطوي على الخوف من المستقبل وعلى الشعور بالحاجة إلى الدعم والمساعدة . ومن شأن ذلك كله أن يولد مشاعر القلق لدى كل من الطفل وأسرته .

وقد يتولد لدى الوالدين بوجه خاص شعور بالذنب كون المرض يرتبط بالعوامل الوراثية وقد بينت بعض الدراسات أن السكري قد يؤثر على العلاقات الزوجية .

إن مسؤولية مساعدة الطفل المصاب بالسكري وأسرته لا تقتصر على المجتمع الطبي ، ولكنها تشمل أيضاً العاملين في الميادين الإنسانية والاجتماعية مثل المرشدين ، والأخصائيين الاجتماعيين ، والمعلمين وغيرهم . ولعل أفضل الخدمات وأكثرها فاعلية تلك التي يقوم على تقديمها ومتابعتها وتقويمها فريق متعدد التخصصات . وينبغي على ذلك الفريق أن يراعي الاعتبارات الأساسية التالية :

1-إن مساعدة الطفل وأسرته تتطلب معرفة طبيعة المرض وإدراك تأثيراته المحتملة على الطفل وعلى العلاقات الأسرية والصحة النفسية .

2-إن السكري لدى الأطفال قد لا يؤثر على الوالدين فقط ولكنه قد يؤثر أيضاً على الإخوان والأخوات .

3-إن هناك تبايناً ملحوظاً في استجابات الأطفال والأسر لمرض السكري ، ولذلك يجب تقويم وضع الطفل وأسرته فردياً . وذلك يمكن تحقيقه عبر المقابلة ، والتقارير الذاتية ، والملاحظة ، والمقاييس النفسية والاجتماعية المعروفة .

4-يجب مساعدة الطفل وأسرته على التعبير عن مشاعر الغضب والقلق والامتعاض . وعلى مقدمي الخدمات الإنسانية والاجتماعية للأطفال واسرهم الحرص على بناء علاقة تقوم على الثقة والقيام بالأنماط السلوكية التي تعكس اهتماماً حقيقياً واستماعاً نشطاً لجميع افراد الأسرة .

5-بما أن صراعات أسرية كثيراً ما تدور حول عدم امتثال الطفل المصاب بالسكري للنظام العلاجي فإن على الأخصائيين استخدام الأساليب المناسبة لتحقيق هذا الهدف الأساسي . وقد يساعد في ذلك اشتراك الآباء في مجموعات الدعم الأسري ، واستخدام اساليب تعديل السلوك ، وتقديم البرامج الإرشادية

للأطفال بهدف مساعدتهم في تطوير إدراك صحيح للمرض والتكيف مع متطلباته (Umbreit, 1983) .

اضطرابات أخرى

أ- بتر الأطراف :

عدم نمو أو غياب طرف أو أكثر من أطراف الجسم . وقد يكون السبب ولادياً (الحصبة الألمانية ، تناول الأدوية أثناء الحمل ، الأشعة السينية) أو مكتسباً (بسبب اصابة خطيرة أو كاجراء جراحي وقائي) .

ب- التهاب العظام :

اضطراب عمليات النمو العظمي بسبب الالتهابات والاصابات .

ج- التهاب المفاصل الروماتيزمي :

مرض حاد ومؤلم في المفاصل والأنسجة المحيطة بها ينجم عنه تورم وحمى وتيبس خاصة في الصباح .

د- التقوس المفصلي :

إعاقة ولادية تكون فيها المفاصل مصابة بالتشوه والتيبس مما يقود إلى قصر العضلات وضعفها والحد من مدى الحركة .

هـ- انحناءات العمود الفقري :

وتشمل البزخ (انحناء العمود الفقري إلى الأمام) والجنف (انحناء العمود الفقري وميلانه) والحدب (إنحناء العمود الفقري إلى الخلف) .

و- الربو القصبي :

رد فعل تحسسي ينجم عنه صعوبات في الشهيق بسبب تضيق القصيبات الهوائية .

ز- التليف الحويصلي :

اضطراب وراثي يصيب الرئتين والبنكرياس يتم فيه افراز مواد مخاطية كثيفة جداً مما يقود إلى صعوبات تنفسية وهضمية شديدة .

الاعتبارات الخاصة بتعليم الأطفال المعوقين جسمياً :

1-إزالة الحواجز المادية التي قد تمنع الطفل من الدخول إلى المدرسة والصف باستقلالية والتحرك والتنقل بيسر . وذلك يعني إزالة الادراج والعقبات الأخرى أو انشاء مداخل خاصة أو اضافة المصاعد . كذلك فإزالة الحواجز تشمل تكييف المرافق المدرسية لتصبح مناسبة .

2-ترتيب المقاعد في الصف على نحو يسمح بالتحرك للأطفال الذين يستخدمون كراسي متحركة أو عكازات ، الخ .

3-توفير أماكن كافية لخزن المعدات والأدوات الخاصة .

4-التعرف إلى طرق العناية بالأدوات المساندة أو الاصطناعية التي يستخدمها الأطفال .

5-تعديل أنماط مشاركة الطفل في النشاطات المدرسية والصفية بحيث يتم تجنب تعريضه للمخاطر .

6-التعامل مع الأطفال بشكل صحيح في حالة تعرضهم لحالات طارئة (كالنوبات التشنجية ، ردود الفعل التحسسية ، الاغماء ، الخ) .

7-تنفيذ برامج وأنشطة تساعد الأطفال على اكتساب مهارات العناية بالذات .

8-تصميم وتكييف الوسائل والأدوات التعليمية للتتناسب وطبيعة الضعف الموجود لدى الطفل .

9-مساعدة الطفل على تطوير اتجاهات واقعية نحو نفسه ونحو الضعف الذي يعاني منه .

دراسة علمية

العناية الحثيثة بالمواليد الجدد: إدراكات الأمهات والآباء للمتغيرات المحدثة للتوتر.

على الرغم من توفر التقارير الوصفية الهائلة المتعلقة بتوتر الوالدين بسبب إنجاب طفل غير مكتمل، فان دراسات علمية قليلة فقط قد وثقت إدراكات الوالدين لمصادر الضغط والتوتر. ونسبة قليلة جداً من تلك الدراسات أجريت على كل من الأمهات والآباء. وفي ضوء ذلك، سعت هذه الدراسة إلى وصف ومقارنة إدراكات الآباء والأمهات للضغط النفسي في غضون الأسابيع القليلة التي تلي إدخال أطفالهم غير المكتملين إلى مراكز العناية الحثيثة بالمواليد الجدد. ولتحقيق ذلك طرحت مجموعة من الأسئلة المفتوحة على (32) أماً و (25) أباً حول الخبرة العامة لهم كأولياء أمور أطفال ناقصي الوزن أو خداج تم إدخالهم للمستشفى. وبعد ذلك طلب من أولياء الأمور تحديد كل الأشياء التي يعتبرونها مصدراً للضغط والتوتر ووصف الأحداث الأكثر صعوبة. وقد بينت النتائج أن مصادر الضغط كانت متعددة وترتبط بشكل أو بآخر بالأسرة وبالمستشفى. علاوة على ذلك، فقد وجدت فروق بين الآباء والأمهات من حيث عدد ونوع مصادر الضغوط. وعلى أي حال، فقد إتفق معظم الآباء والأمهات على أن مصادر الضغط الأكثر شدة كانت ترتبط بالإنشغال على صحة الطفل وبالانفصال عنه بسبب دخوله للمستشفى.

المرجع :

Hughes, M., & McCollum, J (1994). Neonatal intensive care: Mothers' and fathers' perceptions of what is stressful. Journal of Early Intervention, *18,243-256.*

الفصل الرابع
الإعاقات الحسية والتواصلية

الإعاقة السمعية

تشمل الإعاقة السمعية كلاً من الصمم والضعف السمعي . والأصم هو الشخص الذي يعاني من فقدان سمعي يزيد عن 90 ديسبل . أما الشخص ضعيف السمع فهو الذي يتراوح مدى الفقدان السمعي لديه بين 25-90 ديسبل . وتصنف الإعاقة السمعية تبعاً لعمر الفرد عند حدوث الفقدان السمعي إلى إعاقة قبل تطور اللغة وإعاقة سمعية بعد تطور الغة ، وتصنف تبعاً لموقع الإصابة إلى : (أ) فقدان سمعي توصيلي (عندما يكون الخلل في الأذن الخارجية أو الوسطى) ، (ب) فقدان سمعي حسي عصبي (عندما يكون الخلل في الأذن الداخلية أو العصب السمعي) ، (ج) فقدان سمعي مركزي (عندما يكون الخلل في المنطقة السمعية في الدماغ) . وأخيراً فإن الإعاقات السمعية تصنف تبعاً لمدى الفقدان السمعي إلى الفئات التالية :

أ- إعاقة سمعية بسيطة (25-40 ديسبل) .

ب- إعاقة سمعية متوسطة (40-65 ديسبل) .

جـ- إعاقة سمعية شديدة (65-90 ديسبل) .

د- إعاقة سمعية شديدة جداً (أكثر من 90 ديسبل) .

هذا وتتنوع اسباب الإعاقة السمعية وتتباين فثمة حالات ولادية وثمة حالات أخرى مكتسبة . والحالات المكتسبة قد تحدث فجأة وقد تحدث تدريجياً . وهناك أيضاً حالات ضع سمعي لا يعرف لها سبب معين حيث تشير الدراسات إلى أن من

المتعذر على الأطباء تحديد سبب الضعف السمعي في حوالي 30٪ من الحالات(Cartwright et al, 1989) . بالنسبة للحالات الولادية فهي قد تكون وراثية ، حيث تقدر نسبة حدوث الإعاقة السمعية الناتجة عن عوامل وراثية بحوالي 50٪ من مجمل حالات الإعاقة السمعية وهي قد لا تكون وراثية بل ناجمة عن عوامل أخرى ومن أكثرها شيوعاً وخطورة الحصبة الألمانية . وغالباً ما يكون النقص في السمع الناتج عن عوامل وراثية شديداً جداً ومن المتعذر معالجته (Willis & Faubion, 1979) . وقد تنتقل الإعاقة السمعية من السلف إلى الخلف عبر الجينات المتنحية (ومعظم الحالات من هذا النوع) أو قد تكون محمولة على الجينات السائدة أو على الكروموسومات الجنسية .

أما بالنسبة للإعاقة السمعية المكتسبة فهي تعود لجملة من الأسباب من أهمها التهاب السحايا والخداج وعدم توافق العامل الريزيسي والتهاب الأذن الوسطى وتناول العقاقير الطبية وإصابات الرأس المباشرة والنكاف والحصبة وغير ذلك من الأسباب الأقل شيوعاً (Reynolds & Birch, 1977) .

العمر عند حدوث الإعاقة السمعية

قد يفقد الأطفال السمع قبل أن يكتسبوا المهارات الكلامية واللغوية بسبب عوامل وراثية أو عوامل ترتبط بمرحلة الحمل أو هم يفقدون سمعهم بعد أن يكونوا قد اكتسبوا المهارات الكلامية واللغوية بسبب عوامل مثل التهاب السحايا والتهاب الأذن الوسطى وغيرهما . ومن المعروف أن لعمر الطفل عند حدوث الضعف السمعي تاثيرات ومضامين نفسية وتربوية كبيرة . وما تصنيف الإعاقة السمعية الى إعاقة قبل لغوية أو إعاقة بعد لغوية إلا دليل على ذلك . فالإعاقة السمعية قبل اللغوية غالباً ما ينجم عنها مشكلات أكبر .

فالأطفال الذين يعانون من هذا النوع من الاعاقة السمعية لا تكون لغتهم قد تطورت أو لم يحدث أن سمعوا الأصوات العادية . ولذلك فهم غير قادرين على اكتساب اللغة بالطرق المألوفة ولا بد من استخدام طرق خاصة لمساعدتهم على التواصل . أما الأطفال الذين يعانون من إعاقة سمعية بعد لغوية فهم أطفال كانت عمليات التطور الكلامي واللغوي قد بدأت لديهم . وكلما حدثت الإعاقة السمعية لدى الطفل في وقت متأخر كانت احتمالات اكتسابه وفهمه للغة أفضل . ولمثل هؤلاء الأطفال ، فإن الأهداف الرئيسية تتمثل في الحفاظ على المهارات الكلامية واللغوية المكتسبة وفي الاستفادة من قراءة الكلام والقراءة من أجل اكتساب معلومات جديدة .

الوقاية من الإعاقة السمعية

لقد عرف ومنذ زمن طويل أن الصمم قد ينجم عن ضعف جيني ولكن ما الذي يمكن عمله للحد من هذا النوع من أنواع الاعاقة السمعية؟ إن الطريقة الطبية الوحيدة المتوفرة للوقاية من هذه الإعاقة هي التعقيم (Sterilization) وتلك طريقة يعارضها الكثيرون على أسس أخلاقية . بل أن أحداً لا يستطيع عملياً أن ينصح بها لأن الاحتمالات الوراثية تبقى مجرد احتمالات . وما يعنيه ذلك هو ضرورة توجيه الجهود الوقائية نحو العوامل الأخرى المسببة للاعاقة السمعية .

ومن الواضح أن التقدم الطبي الذي أحرز في العقود القليلة الماضية قد أسهم في الحد من حالات الاعاقة السمعية التي تعزى لأسباب غير جينية . فقد تطورت أساليب العلاج الطبي للأمراض المعدية (مثل الحصبة الألمانية ، التهاب السحايا ، التهاب الأذن الوسطى) والاضطرابات الأخرى المرتبطة بالاعاقة السمعية مثل عدم توافق العامل الريزيسي وغيره (القريوتي ، 1990) .

ومن ناحية أخرى ، يمكن الحد من الصمم الناجم عن الضجيج من خلال الكشف عن الأشخاص الذين لديهم قابلية لتطور الاعاقة السمعية وذلك من أجل

تجنيبهم مصدر الاثارة المزعجة . ويمكن تحقيق ذلك من خلال اجراء اختبارات سمعية على جميع الاشخاص الذين سيلتحقون ببيئة عمل تزيد شدة الصوت فيها عن (90) ديسبل واعادة اختبارهم دوريا . وفي ظروف العمل هذه يمكن اجراء تعديلات على الأدوات والاجهزة إذا كان ذلك ممكنا ، أو استخدام المواد العازلة للصوت أو تغطية الأذنين بأدوات واقية خاصة .

كذلك يمكن الحد من الإعاقة السمعية بالحد من زواج الاقارب حيث أن تركيز الجينات المتنحية لدى الأفراد الذين ينحدرون من جماعات تتزاوج فيما بينها يزيد من احتمالات حدوث الإعاقة السمعية . ومن الأمثلة التي توضح ذلك مجموعة من الناس تعيش في جزيرة صغيرة قريبة من الولايات المتحدة الامريكية : هؤلاء الناس لم يتزوجوا من مجموعات أخرى لعدة أجيال وقد وجد أن نسبة انتشار الصمم في هذه الجزيرة كانت أكثر بعشرة أضعاف من نسبة انتشاره في الولايات المتحدة الأمريكية نفسها . وقد انخفضت نسبة الصمم بشكل ملحوظ عندما أصبح سكان الجزيرة ينتقلون إلى مناطق أخرى ويغربون النكاح (Groce, 1980).

هذا وتنفذ الاجراءات الوقائية عموماً على ثلاث مستويات هي المستوى الأول والمستوى الثاني والمستوى الثالث . ويهدف المستوى الأول (الوقاية الأولية) إلى الحيلولة دون حدوث حالة ضعف سمعي لدى الأطفال وذلك من خلال التطعيم وتحسين مستوى رعاية الأمهات الحوامل ، وتحسين مستوى الرعاية للأطفال ، والوقاية من الأخطار والحوادث البيئية ، والإرشاد الجيني ، والوقاية من نقص الأكسجين والتحسس الناجم عن عدم توافق العامل الريزيسي . أما الوقاية من المستوى الثاني فهي ترمي إلى الكشف المبكر عن الضعف والتدخل المبكر الذي من شأنه أن يحول دون تطور الضعف إلى عجز . وتتضمن الوقاية على هذا المستوى اتخاذ الاجراءات الطبية الكفيلة بالتعويض عن الضعف والرعاية الطبية والجراحية الملائمة . وأخيراً ، فان الوقاية من المستوى الثالث تهدف إلى منع حدوث المضاعفات المحتملة لحالة

العجز حتى لا يتطور العجز إلى إعاقة . ويتحقق ذلك من خلال الإرشاد والتأهيل ، والتربية الخاصة ، وتعديل الاتجاهات ، والعلاج النطقي ، والمعينات السمعية والبصرية (Ballantyne, 1977) .

مخاطر تناول العقاقير المضادة للبكتيريا أثناء الحمل

تمر العقاقير المضادة للبكتيريا Antibacterials عبر المشيمة وتتركز في عظام الجنين وفي أسنانه حيث تتحد مع الكالسيوم . وتعتبر فترة الخطورة هي الفترة الواقعة بين منتصف فترة الحمل ونهايتها . وقد لوحظ أن أسنان الأطفال الذين يولدون لأمهات تناولن التتراسيكلين أثناء الحمل تكون صفراء اللون ، وقد ينجم عن تناول هذه العقاقير تأخر في نمو العظام . كذلك فمن المعروف أن التتراسيكلين يسبب الساد (الماء الأبيض) الولادي .

ويوصي الأطباء بتجنب تناول الستربتومايسين والجنتامايسين والكينامايسين والأدوية المشابهة أثناء الحمل لأنها قد تتلف الأذن الداخلية للجنين وذلك التلف ينتج عنه إعاقة سمعية .

أما الكلورامفينيكول فهو لا يؤدي إلى تأثيرات سلبية على نمو الجنين . و أما المواليد الجدد فهم لا يستطيعون تمثل هذا الدواء وقد ترتفع مستويات تركيزه في الدم مما يقود إلى مضاعفات خطيرة على جهاز الدوران . وأخيرا يعتقد أن مشتقات البنسلين ليست خطيرة في مرحلة الحمل لكنها قد تحدث ردود فعل تحسسية لدى الجنين .

طرق التواصل

يتبنى معلمو الأطفال الصم طريقتين رئيسيتين في تعليم الأطفال الصم وهما الطريقة الشفهية / السمعية والطريقة اليدوية / الإشارية . وتشمل الطريقة الأولى تطوير مهارات الاستماع والكلام ومهارات قراءة الشفاه في حين تشمل الطريقة الثانوية توظيف الأبجدية الإصبعية ولغة الإشارة .

بالنسبة لقراءة الكلام (Speechreading) أو ما يعرف أيضاً بقراءة الشفاه (Lipreading) فان الشخص المعوق سمعياً يستخدم حاسة البصر لفهم الكلام. فقراءة الكلام هي تفسير بصري للغة المنطوقة. والصعوبة في هذه الطريقة هي أن بعض الأصوات عندما تلفظ تبدو متشابهة على الشفاه والوجه. ويعتقد الاختصاصيون أن ثلث كلام الانسان فقط يمكن معرفته بشكل صحيح باستخدام قراءة الشفاه. ولذلك فإن قراءة الشفاه ليست عملية سهلة وبالتالي فهي لا تستخدم بمفردها ولكنها تستخدم مع أساليب التواصل الأخرى.

أما بالنسبة للتدريب السمعي (Auditory Training) فهو الآخر طريقة تهدف إلى مساعدة الاشخاص المعوقين سمعياً في الافادة من القدرات السمعية المتبقية لديهم. وهذا التدريب يتم في جلسات وضمن نشاطات هادفة تسعى إلى تنمية قدرة الشخص المعوق على الاصغاء. فقد أشرنا إلى أن الفقدان السمعي في معظم حالات الصمم ليس فقداناً كاملاً. واذا ما تم استخدام أدوات التضخيم المناسبة فإن السمع المتبقي يمكن توظيفه لتنمية المهارات الاستقبالية والتعبيرية. ويتضمن التدريب السمعي عادة سلسلة من المهارات التي تبدأ بإدراك الأصوات العامة ومن ثم تمييز الأحرف باستخدام حاسة السمع. وعلى وجه التحديد، تؤكد برامج التدريب السمعي على :

أ- وعي الأصوات (Awareness of Sounds)

ب- تحديد مصدر الأصوات (Localization of Sounds)

ج- تمييز الأصوات (Discrimination of Sounds)

د- معرفة الأصوات (Recognition of Sounds)

أما لغة الاشارة (Sign Language) فهي أسلوب بصري - يدوي لاستقبال المعلومات والتعبير عنها. والاشارات هي خليط من الأوضاع والأشكال والحركات في اليد تمثل كلمات أو أفكاراً محددة. وهذه اللغة تسمح بالتواصل بين الناس

الصم . ولكن هذه الطريقة ليست مفيدة للتواصل مع الغالبية العظمى من الناس الذين يسمعون لأنهم لا يعرفون لغة الاشارة .

ولقد شهدت السنوات الماضية اهتماماً متزايداً باستخدام كل الوسائل التي تمكن الشخص المعوق سمعياً من التواصل مع الآخرين . وهذه الاستراتيجية في التواصل تعرف بالتواصل الكلي (Total communication) وهي تدمج الكلام ، والاشارات والتهجئة بالاصابع ، والتدريب السمعي ، وقراءة الكلام بل والقراءة والكتابة وذلك بغية تطوير قدرة الشخص على التواصل (الخطيب ، 1997) .

التكنولوجيا

لقد لعبت التكنولوجيا الحديثة دوراً مهماً في تربية المعوقين سمعياً وبخاصة على صعيد تطوير المهارات الكلامية والنمو اللغوي . ومن الأدوات التقنية المستخدمة على نطاق واسع في هذا المجال المعينات السمعية المعروفة . وقد عملت هذه الأدوات على تطوير العملية التعليمية لهذه الفئة من الأفراد .

وهناك تطورات حديثة على صعيد توظيف التكنولوجيا لتنمية مهارات التواصل . ومن هذه التطورات السماعات الطبية المبرمجة بواسطة الكمبيوتر والتي بدأت تتوفر بالأسواق أخيراً . وثمة محاولات تجريبية عديدة لتطوير هذه السماعات بحيث تستطيع الغاء التغذية الراجعة السمعية تلقائياً والمعايرة الذاتية والتكيف التلقائي للأصوات المختلفة واستثمار القدرات السمعية المتبقية .

فالمعينات السمعية المتوفرة في الأسواق حالياً لا تجعل الصوت أوضح بل هي تجعله أعلى . ولذلك فاذا كانت مشكلة الطفل قابلة للتحسن بجعل الصوت أعلى فإن السماعة الطبية مفيدة . أما اذا كانت الاعاقة السمعية من النوع الذي يتضمن صوتاً مشوشاً فكل ما تفعله السماعة هو انها تجعل الصوت أكثر تشوشاً .

الاعتبارات الخاصة بتعليم الأطفال المعوقين سمعياً

1-أن يكون مقعد الطفل قريباً من المعلم أو موقع النشاط التعليمي وبعيداً عن الأصوات .

2-أن يكون الطفل جالساً وجهاً لوجه أمام المعلم .

3-أن يجلس المترجم (أخصائي لغة الاشارة) في حالة توفره قريباً من الطفل .

4-كتابة أسماء الأشياء الموجودة في الصف .

5-تزويد الطفل بالمعينات والأدوات المكيفة الخاصة .

6-عدم تعريض الطفل لإضاءة شديدة لأن ذلك يمنعه من قراءة الشفاه .

7-يجب اللجوءإلى تعديل الأساليب والأهداف عند الحاجة القصوى فقط .

8-توفير التدريب المناسب لهؤلاء الأطفال ليتعلموا قراءة الشفاه ولغة الاشارة والتهجئة بالأصابع .

9-التكلم مع الطفل بطريقة طبيعية ووجهاً لوجه .

10-تشجيع الطفل على استخدام السمع الوظيفي الذي يتمتع به .

11-استخدام المعينات البصرية المناسبة (مثل جهاز عرض الشفافيات) .

12-كتابة التعيينات الدراسية والموضوعات الرئيسية على السبورة وعلى الأوراق .

13-الفوز بانتباه الطفل والتأكد من أنه يفهم .

14-التعرف إلى اساسيات صيانة المعينات السمعية وطرق التحقق من أنها تعمل بشكل صحيح .

اضطرابات التواصل

تأخذ اضطرابات التواصل شكلين أساسيين هما اضطرابات اللغة واضطرابات الكلام ، وتتمثل اضطرابات اللغة في ضعف أو غياب القدرة على التعبير عن الأفكار أو تفسيرها وفقاً لنظام رمزي مقبول بهدف التواصل . أما اضطرابات الكلام فهي تتمثل في ضعف القدرة الفسيولوجية على تشكيل الأصوات بشكل سليم ومن ثم استخدام الكلام بشكل فعال (القريوتي وزملاؤه ، 1995) .

بالنسبة لاضطرابات الكلام فهي تصنف ضمن ثلاث فئات رئيسية وهي :

- اضطرابات اللفظ وتشمل الإبدال والإضافة والحذف والتشويه .
- اضطرابات الطلاقة أو الانسياب الكلامي وتشمل التأتأة أو الكلام بسرعة فائقة .
- اضطرابات الصوت وتشمل الخنة الأنفية والبحة الشديدة .

وبالنسبة للاضطرابات اللغوية فهي تشمل :

1-الاضطرابات اللغوية النمائية .

2-الاضطرابات اللغوية التعليمية .

3-الحبسة الكلامية (الأفيزيا) .

وثمة أسباب عديدة لاضطرابات التواصل ومنها :

أ-الأسباب البيولوجية والعضوية :

وقد تكون هذه الأسباب فسيولوجية أو عصبية أو جينية أو كروموسومية أو أيضية .

●الأسباب النمائية :

وتتمثل في أشكال مختلفة من التأخر في نضج الجهاز العصبي .

●الأسباب البيئية :

وتتمثل في العوامل البيئية والثقافية والأسرية المضطربة مثل الحرمان وعدم توفر الإثارة الكافية والتسمم .

●الاسباب النفسية والتعليمية :

وتتمثل في التعلم الخاطئ وفي توقع الفشل وأنماط التواصل غير السليمة والاضطرابات النفسية الداخلية .

●الأسباب الوظيفية :

وتتمثل في الاستخدام الخاطئ للحبال الصوتية والأجهزة الداعمة للكلام .

تنظيم البيئة الصفية في برامج ما قبل المدرسة لتشجيع التواصل

يتعلم الأطفال ماهية اللغة من خلال تعلم ما يمكن للغة أن تعمله . وتعتمد وظيفة اللغة على تأثيرها على البيئة . فالبيئة التي لا تتضمن إلا القليل من المعززات والقليل من الأشياء المثيرة للاهتمام أو البيئة التي تلبي حاجات الأطفال دون استخدام اللغة إنما هي بيئة غير وظيفية لتعلم اللغة وتعليمها .

وتبين البحوث الحديثة أن التنظيم البيئي هو استراتيجية مهمة للمعلمين الذين يرغبون في تشجيع التواصل في غرفة الصف . فمن أجل تشجيع استخدام اللغة ، يجب ترتيب غرفة الصف بحيث تتوفر النشاطات والمواد التي تثير اهتمام الأطفال . علاوة على ذلك ، ينبغي على المعلمين تنظيم البيئة من خلال تقديم المواد استجابة لطلبات الأطفال والاستخدامات الأخرى للغة . ان اتاحة مثل هذه الفرص والنتائج لاستخدام اللغة من خلال تنظيم البيئة يمكن ان تلعب دوراً حيوياً في تطور لغة الطفل .

وتهيئ الأبعاد الاجتماعية والمادية للبيئة الفرص لحدوث التواصل . وتتضمن البيئة المادية اختيار المواد وترتيبها ، وتنظيم الوضع على نحو يشجع الأطفال على القيام بأفعال نشطة ، وجدولة النشاطات بغية تطوير مشاركة الأطفال والأنماط السلوكية المناسبة لديهم . أما البيئة الاجتماعية فتشمل وجود أطفال وراشدين يستجيبون للطفل وتشمل التفاعلات الاجتماعية اللفظية وغير اللفظية التي تحدث بين الأفراد في البيئة . إضافة إلى ذلك ، فإن لغة الأطفال تتأثر بعوامل مثل نتائج استخدام اللغة ، توفر شريك في عملية التواصل ، مدى استجابة الراشدين لمحاولات التواصل التي يبديها الأطفال ، والنمط الوجداني للمستمع .

وترتبط الأبعاد الاجتماعية والمادية للبيئة بالتواصل عندما يرتب الراشدون البيئة المادية استجابة لاستخدام الأطفال للغة . ويقوم الراشدون بربط لغة الطفل بالبيئة من خلال التأكد من أن محاولات التواصل التي يقوم بها الطفل هي محاولات وظيفية ومعززة . وباستطاعة الراشدين توظيف عملية التعليم العرضي لتقديم نماذج لغوية ولحث الأطفال على استخدام اللغة .

ويمكن أن يحث التنظيم البيئي الأطفال على المبادرة الى استخدام اللغة بوصفها وسيلة للحصول على المساعدة والوصول إلى الأشياء . فمن خلال إعطاء الطفل الأدوات والمواد التي يطلبها ، يلعب الراشد دوراً مهماً في تعزيز استخدام الطفل للغة . إضافة إلى ذلك ، انّ تنظيم البيئة يدعم الراشد في الانتباه إلى اهتمامات الطفل ومحاولات التواصل التي يقوم بها الأمر الذي يزيد احتمالات استجابة الراشد لاهتمامات الطفل وتوفير الأشياء له .

الاعتبارات الخاصة بتعليم الأطفال ذوي الاضطرابات الكلامية واللغوية :

1-إحالة الأطفال الذين يبدون أية صعوبات كلامية أو لغوية إلى أخصائي علاج نطق / لغة .

2-مساعدة اخصائي علاج النطق / اللغة على تنفيذ الخطط العلاجية والبرامج التدريبية لهؤلاء الأطفال .

3-تشجيع الأطفال الآخرين في الصف على تفهم خصائص الأطفال ذوي الصعوبات الكلامية واللغوية .

4-إزالة أو تخفيف مظاهر التنافس والتوتر في حجرة الصف .

5-تدعيم وتعزيز المهارات الكلامية واللغوية الجديدة التي يكتسبها الأطفال .

6-تكييف وتحسين طرق عرض المواد التعليمية .

7-متابعة أداء الأطفال الذين تقدم لهم برامج تدريبية وعلاجية في الكلام واللغة وتقديم التغذية الراجعة لذوي العلاقة .

أساليب التدريب

إن تعلّم اللغة من المهام النمائية الرئيسية للأطفال الصغار . وكانت الأسرة ، كما هو معروف المصدر الأساسي لمثل هذا التعلم . وعلى أي حال ، فإن الأنماط أخذت تتغيّر . فقد تزايدت أعداد الأطفال ممّن هم دون السادسة من العمر الذين يعتمدون على دور الحضانة ورياض الأطفال في التعلم اللغوي .

وقد يقول البعض أن الأطفال الصغار لا يحتاجون إلى التدريب المباشر فيما يتعلق بالتطور اللغوي . ومثل هذا التعلم يبدو وكأنه يحدث تلقائياً وتمتد جذوره في مرحلة الرضاعة المبكرة ومن ثم يتطور على شكل أنماط قابلة للتنبؤ ووفقاً لتسلسل معروف . ولكن الأطفال المتأخرين نمائياً قد لا يكتسبون المهارات اللغوية دونما تدريب . فبالنسبة لهذه الفئة من الأطفال ، يحتاج المعلمون إلى استخدام التدريب المباشر والجهود المنظمة لمساعدة كل طفل في تحقيق الأهداف اللغوية الفردية . والتدريب المباشر لا يعني أن يجلس المعلم مع الطفل ويطلب منه أن يكرر ما يقوله

له . على أن هذه النشاطات تشكل أجزاء مهمة في التدخل العلاجي الذي يكون الهدف منه تحسين طبغرافية (شكل) الاستجابات . ولكن الهدف الذي تتوخى برامج ما قبل المدرسة تحقيقه أوسع من ذلك حيث أن الأطفال يجب أن يتعلموا أن اللغة وظيفية . فهم بحاجة إلى أن يتعلموا أن اللغة أداة فاعلة بمعنى أنها تساعدهم في الحصول على ما يريدون ويحتاجون من بيئتهم . وهكذا ، فإن التدريب المباشر يجب النظر اليه بوصفه جملة من الاستراتيجيات التعليمية التي تتضمن توظيف البرنامج برمته وطوال اليوم بغية مساعدة الأطفال في تطوير المهارات اللغوية بطرق محددة تتلاءم والحاجات الفردية لكل طفل . ويجب أن يكون المعيار الأساسي للحكم على نجاح التدخل العلاجي مدى التكلم الذي يقوم به الطفل . وهذا المعيار يستند إلى سنوات طويلة من البحوث التي بينت أنه كلما تكلم الأطفال أكثر كان كلامهم أفضل . ومن أجل تحقيق الأهداف الفردية للأطفال الذين يعانون من عجز لغوي ، يجب أن يكون لدى المعلمين فهم عميق لنمو الأطفال وذخيرة واسعة من مهارات التربية المبكرة . ويجب أن يكونوا قادرين على تصميم أساليب التدخل العلاجي المباشر التي تراعي الفروق الفردية بين الأطفال . فعلى سبيل المثال ، يجب أن يعرف المعلمون أن اللغة الاستقبالية (القدرة على فهم ما يقال) تسبق في العادة اللغة التعبيرية وكثيراً ما تتقدم عليها ، تماماً كما أن الاستجابات الحركية والوجهية مثل التأشير ، والابتسام ، والعبوس وغيرها من الاستجابات تسبق في العادة ومن ثم ترافق التعبيرات اللفظية ، ومن ثم فالتعبيرات اللفظية تمهد الطريق لاكتساب أصوات الكلام وأنماط اللغة خطوة بخطوة (Bailey of Wolery, 1992) .

ويرتبط ادراك التداخل بين مجالات النمو المختلفة ارتباطاً وثيقاً بفهم التسلسل النمائي . وهكذا ، فبالنسبة للأطفال الذين يعانون من ضعف لغوي والذين لديهم ضعف في المهارات الحركية الكبيرة ونزعة نحو تجنّب التواصل مع الأطفال الآخرين ، ينبغي على المعلمين تشكيل المهارات الحركية والاجتماعية جنباً إلى جنب مع المحاولات المبذولة لتطوير مظاهر النمو اللغوي . ومثل هذا المنحى يقوم على ادراك

حقيقة مفادها إن الطفل ما لم يتعلم اللعب والمشاركة في نشاطات متنوعة مع مجموعة الرفاق ، فلن يكون لديه الشيء الكثير الذي يتحدث عنه ولا أشخاص كثيرون يتحدث اليهم .

مهارة أخرى يجب أن يتمتع بها المعلمون هي ملاحظة الأطفال وتسجيل الملاحظات وتدوينها . ويعتبر تسجيل عيّنات لغوية طريقة فعالة لتحديد اللغة الوظيفية للطفل . وعندما يشير التسجيل أيضاً إلى ما يسبق الاستجابة اللفظية وإلى ما يتبعها (اي التفاعلات التواصلية وعلاقتها بالمثيرات القبلية والمثيرات البعدية) فان الملاحظات تصبح أكثر فائدة .

ويتم تحديد الحاجات التواصلية في البيئة الطبيعية . والملاحظة المباشرة والمتكررة تعمل بمثابة قاعدة للتقييم ، وهي أيضاً تساعد في تصميم برنامج منظم وملائم نمائياً . فبالامكان تحديد المهارات التي يفتقر اليها الطفل وتحديد الاهداف الواقعية قصيرة المدى وطويلة المدى أيضاً . وهكذا ، فبالنسبة للطفل الذي يتكلم مستخدماً كلمة واحدة فقط فان استخدام الجمل المعقدة قد يكون أو قد لا يكون هدفاً واقعياً على المدى الطويل . وعلى أي حال ، فان زيادة بسيطة في عدد الكلمات التي يقولها الطفل قد يكون هدفاً وظيفياً على المدى القصير ، والتكلم باستخدام كلمتين قد يكون هدفاً واقعياً على المدى الطويل(Neidecker, 1987) .

إن الوصف السابق للملاحظات الصفية لا يعني أن الخدمات التقويمية والتشخيصية التي يقدمها أخصائيو التواصل ليست ضرورية . فلا بد أن يتبادل أخصائي التواصل ومعلم غرفة الصف المعلومات والمهارات للتأكد من أن برنامج ما قبل المدرسة يدعم كل طفل يعاني من عجز لغوي . وفي بعض الحالات ، يتم تنفيذ برامج تدخل عيادية في غرفة الصف ذاتها . وعلى أي حال ، فلا يستطيع المعلم في مرحلة ما قبل المدرسة الاعتماد على التدريب الفردي لوحده وانما ينبغي عليه أن يقدم تدريباً لغوياً محدداً ومباشراً للأطفال الذين يحتاجون إلى ذلك . وبوجه عام ،

يقوم المعلمون بثلاثة أشياء للتأكد من أن الأطفال العاجزين لغوياً يحصلون على التدخل العلاجي الفعال :

1-أنهم ينظمون البيئة على نحو يهيئ الفرص لتطوير المهارات اللغوية وذلك من خلال :

أ-توفير عدة مراكز تعلمية مثيرة للاهتمام (المكعبات ، اللعب الدرامي واللعب المتعلق بالتدبير المنزلي والمواد والأدوات التي تنمي الابداع) .

ب-خلق توازن بين النشاطات التي يقررها المعلم وتلك التي يقوم بها الطفل .

ج-عرض المواد والأدوات والنشاطات التي يستمتع بها الأطفال .

2-إنهم ينظمون تفاعلاتهم الشخصية مع الأطفال بحيث يشجعون الى الحد الأقصى الممكن التواصل الفاعل من قبل الأطفال الذين يعانون من عجز لغوي ، وهم يستثمرون كل فرصة سانحة للتعليم .

3-إنهم يتابعون ، على نحو دوري ، مدى ملاءمة :

أ- الترتيبات البيئية .

ب- سلوكهم الشخصي .

ج- سلوك الأطفال .

وذلك من أجل التحقق من تقدّم الطفل وبالتالي الحكم على فاعلية البرنامج .

وهناك نموذجان للتدخل اللغوي العلاجي في غرفة الصف وهما نموذج التعليم العرضي ونموذج التفاعل التواصلي . وفيما يلي وصف موجز لهذين النموذجين :

نموذج التعليم العرضي

إن مبادرة الطفل هي البعد الرئيسي في التعليم العرضي ، فهي تعني أن الطفل يرغب في قول شيء ما للمعلم . وذلك الشيء قد يكون الانتباه أو المساعدة ، أو

الإذن ، أو الموافقة ، أو أشياء أخرى مثل الطعام أو الشراب . بكلمات أخرى ، إن بيئة ما قبل المدرسة تزود المعلم بمعززات متنوعة (أشياء يحبها الطفل) تستطيع أن تشجع المهارات التواصلية . ومن أجل التأكد من حدوث تواصل متكرر بن الطفل والمعلم (وبالتالي حدوث عدد متزايد من الفرص التعليمية) ، ينبغي على المعلمين أن يكونوا قريبين من الطفل وأن يستجيبوا له بإيجابية . وكل مبادرة تصدر عن الطفل إنما هي دلالة للمعلم ليستحث أفضل إستجابة لفظية يستطيع الطفل أن يقوم بها . ولا يعني ذلك أن ينصب الاهتمام كله على الطفل أو أن تعطل نشاطاته أو لعبه دونما مبرر . ان أحد الأبعاد المهمة للتعليم العرضي هو أن يكون التواصل موجزاً وساراً لكي تتوفر الفرص أكثر فأكثر لتعليم اللغة . وفي هذا النموذج يعدل المعلم لغته ويكيفها تبعاً لمستوى لغة الطفل . ومن خلال التفاعلات المتكررة ، يتعلم الأطفال أن لغتهم مهمة وأنها تمكنهم من الحصول على ما يريدون . كذلك فهم يتعلمون أن المعلمين يستمعون لهم عندما يتحدثون وأنهم يرغبون في التكلم عن الأشياء المهمة والمثيرة للاهتمام بالنسبة للأطفال .

نموذج التفاعل التواصلي

يركز نموذج التفاعل التواصلي على دور المعلم كإنسان يوفر الظروف التي من شأنها تسهيل عملية النمو اللغوي وتشجيعها ، فهو يستمع ، ويساعد ، ويقدم النماذج ، ويعزز الاستجابات الصحيحة . والمعلم ، وفقاً لهذا النموذج ، يقول أو يفعل الأشياء التي تدفع بالطفل إلى الاستجابة . كذلك فهو يتوقع من الطفل أن يبادر وأن يستجيب أيضاً . بكلمات أخرى ، يتطلب هذا النموذج من الطفل والمعلم أن يبادرا ويستجيبا بطرق تتوافق ومستوى التطور اللغوي للطفل . وبذلك فإن الطفل يستطيع أن ينجح كمبادر وكمستجيب وفي ذلك وقاية من الفشل .

ويؤكد هذا النموذج على أهمية نبذ أنماط التواصل التي تقتصر على السؤال والجواب . فهذه الأنماط التفاعلية نادراً ما تشجع الأطفال على الاستمرارية بالتواصل ، بل أنها كثيراً ما تقود إلى تجنب الطفل التواصل مع الراشدين . والأنماط

التفاعلية التي يشجعها هذا النموذج هي تلك التي تتضمن قيام الطفل بالمبادرة بطريقة لفظية أو بطريقة غير لفظية ومن ثم يستجيب المعلم على نحو يستثير استجابة إضافية من الطفل .

وعندما يُلاحظ المعلمون الأداء الأكاديمي الضعيف ، يصعب عليهم فصل أثر الضعف في اللغة المنطوقة عن أثر تدني الذكاء ، أو الاضطراب الإدراكي أو الافتقار إلى الدافعية . ويجب علينا ملاحظة اللغة ذاتها لنحكم على مدى ملاءمتها ، ولكن الملاحظ اليقظ يتعلم التعرف حتى على المؤشرات غير الواضحة تماماً على الضعف في اللغة المنطوقة .

إن الأطفال الذين يعانون من ضعف في اللغة المنطوقة يواجهون صعوبة في تعلم ألفاظ جديدة . فهم قد يستخدمون الكلمات ذاتها مرة تلو أخرى . فعلى سبيل المثال ، قد يستخدم الطفل كلمة (كبير) للإشارة إلى الشيء الطويل والواسع والثقيل .

وقد يتعلم الطفل الكلمات في مواقف وأوضاع محددة وكأنها أسماء حقيقية فلا يعممها إلى المواقف والأوضاع المناسبة الأخرى . وعلى أي حال ، فبالإمكان توسيع مدارك الطفل وزيادة مستوى استيعابه من خلال تفسير الشيء بطريقة أخرى ، أو استخدام كلمة رديفة ، أو ربط الأفكار الجديدة بالافكار المألوفة .

والأطفال الذين يعانون من الضعف اللغوي ، شأنهم في ذلك شأننا جميعاً ، يتعلمون أفضل بالخبرة . وطرق تعليم الألفاظ التي تركز على البحث عن معاني الكلمات ليست فعالة مع هذه الفئة من الأطفال ، فهم بحاجة إلى أن يشاركوا بنشاط في تعلم المهمة . ففي بعض البرامج ، يُطلب من مجموعات الطلاب أن يبحثوا عن معاني قوائم الكلمات ، كأسماء الملابس مثلاً . والطلاب الذين يجدون مثالاً على الملابس يفوزون بنقاط أكثر لمجموعتهم من الطلاب الذين يجمعون صوراً أو يقدمون تعريفات لقطع الملابس . وبالتأكيد ، فإن الأطفال الذين يبحثون في الخزانة أو في

الأماكن الأخرى لايجاد الملابس سوف يتذكرون أسماءها بسهولة ويسر مقارنة بالأطفال الذين يبحثون عن الكلمات في القاموس فحسب .

الخيار الثاني هو إستخدام التعلم متعدد الحواس . فقد لا يستطيع الطفل الذي يعاني من ضعف لغوي معالجة المعلومات سمعياً على نحو جيد . وهو قد يستفيد من مشاهدة الصور التوضيحية ، أو اللعب بالأشياء ، أو مشاهدة الأفلام ، أو ممارسة النشاطات التعبيرية فيما يتعلق بمعاني الكلمات ، فهذه جميعاً قد تساعدة في تعلم ألفاظ جديدة وتذكرها . علاوة على ذلك ، فلا بد من إبراز الكلمات ثانية وتعزيزها قبل أن تصبح جزءاً دائماً من الذخيرة اللغوية للطفل .

المعاني المتعددة

إن تعدد معاني الكلمات قد يربك هؤلاء الأطفال . فهم قد يعرفون المعاني المألوفة للكلمات ولكنهم يجهلون المعاني الأقل شيوعاً . وهم قد يعرفون معنى معيناً للكلمة ويستخدموها في كافة المواقف والظروف حتى لو لم تكن مناسبة . مرة أخرى ، إن التعليم من خلال الخبرة هو الأسلوب الأكثر فاعلية لتعريف الأطفال بالمعاني المتعددة للكلمات وجعلها مألوفة بالنسبة لهم . وقد يختار المعلم كلمة ما مثل (ذهب) ويطلب من الأطفال إعطاء معان مختلفة لهذه الكلمة . فلعل أحد الأطفال يقول (السكوت من ذهب) وقد يقول أخر (ذهب الطفل إلى بيت جده) وهكذا .

إن الأطفال الذين يعانون من ضعف لغوي بحاجة إلى أن تكون الأدوات والمواد اللفظية اللازمة بمتناول أيديهم . فوضع تلك الأشياء على لوحة الحائط أو على طاولة مصادر خاصة يساعد الطلاب في تذكر الكلمات الجديدة وفي استخدامها .

إن معاني الكلمات أو التفسيرات المقدمة لأوجه الشبه وأوجه الاختلاف بين الأشياء قد تكون ضعيفة . فالأطفال الضعاف لغوياً يقدمون تعريفات أو تفسيرات

غير ناضجة أو بدائية تعتمد على الخصائص أو الوظائف وليس على المترادفات أو أسماء الفئات .

ويمكن أن تلعب المجموعة لعبة تركز على تعريف الكلمات أو تفسيرها في غرفة الصف . فقد يكتب المعلم كلمتين (مثلاً : كلب وقطة) على السبورة ويسأل عن أوجه الشبه بينهما . والإجابة التي تتضمن الإشارة إلى الأجزاء أو الخصائص المشتركة (مثل : أن لهما ذيلاً ، أو أنهما مكسوّان بالفراء) تفوز بنقطة واحدة ، ووصف الوظائف العامة ، (مثل كلاهما يأكل) يفوز بنقطتين ، ووصفهما تبعاً لفئتهما (مثل إنهما حيوانان) يفوز بثلاث نقاط ، ووصفهما تبعاً لفئتهما الأكثر تحديداً (مثل أنهما حيوانان أليفان أو أنهما من الثدييات) يفوز بخمس نقاط . والفريق الذي يفوز بعشرين نقطة يفوز بالمسابقة . إن هذه اللعبة توفر نماذج واستراتيجيات فالممارسة بمفردها لا تكفي . وهؤلاء الأطفال يحتاجون إلى التعليم الواضح والمباشر فيما يتعلق بطرق تأدية الاستجابات المقبولة .

وفي أسلوب آخر ، يُقترح استخدامه عندما يستخدم الأطفال الكلمة المراد تعريفها في تعريفهم ، يستطيع المعلم استبدال الكلمة التي لا معنى لها كما هو الحال عندما يسأل المعلم (ما معنى يزأر) فيجيب الطفل (أن يزأر) . ان ذلك عديم المعنى ، أليس كذلك؟ ولكن إذا قلت أن الزئير يعني القيام بصوت يشبه صوت الأسد الغاضب ، فباستطاعتك أن تفهم ما أعنيه .

تسهيل عملية الاسترجاع

قد تساعد التمرينات على العلاقات بين كلمات هؤلاء الأطفال في أن يصبحوا ماهرين في استرجاع الكلمات المناسبة . ويجب تشجيع الأطفال على تنظيم استجاباتهم بطريقة منطقية ، وتلك استراتيجية قد لا يستخدمها الأطفال العاجزون لغوياً . فعلى سبيل المثال ، عند الإيعاز للاطفال بالتفكير بالحيوانات يستطيع المعلم

أن يقترح على الأطفال أن يذكروا أسماء الحيوانات التي توجد في حديقة الحيوانات أولاً ، فحيوانات المزرعة ثانياً ، وأخيراً الحيوانات الأليفة .

وفي الجلسات المخصصة لحث الأطفال على التفكير ، يقول المعلم كلمة أو يطرح فكرة ، ويُفكر الأطفال بأكبر عدد من الكلمات أو العبارات المرتبطة بها . ومن الممكن استثارة الذاكرة لدى الأطفال من خلال سماع أترابهم وهم يقترحون بعض الكلمات ذات الصلة . والكلمات التي يقترحها الأطفال في الجلسات المخصصة لتشجيع التفكير يجب أن تعرض بوضوح في غرفة الصف فالأطفال العاجزون لغوياً يستفيدون من الاطلاع على الكلمات الجديدة بسرعة ويسر .

إن مستوى التعبير اللفظي لدى هؤلاء الأطفال قد يكون متدنياً . فهم يتحدثون (حول الموضوع) وليس في (لب الموضوع) . كذلك فهم يستخدمون مصطلحات غامضة . إن قيام المعلم بتنظيم الظروف وتهيئتها من شأنه أن يمكن هؤلاء الأطفال من التواصل على نحو أكثر فاعلية . فقبل الفترة التي تشمل المشاهدة والحديث ، قد يقول المعلم (قل لنا ثلاثة أشياء عن اللعبة التي تحملها بين يديك : أسمها ، من أين حصلت عليها ، وكيفية استخدامها) . ويمكن التنوية هنا إلى أن هناك رزماً خاصة توفر نشاطات لغوية منتظمة للأطفال في المرحلة الابتدائية . فعلى سبيل المثال ، قبل أن يبين المعلم التعليمات المتعلقة باللعبة يصغي الأطفال إلى المعلم وهو يعطيهم أمثلة على التوجيهات الجيدة والتوجيهات الضعيفة . وبعد ذلك ، توزع على الاطفال بطاقة تبين المعلومات التي ينبغي عليهم تدوينها : اسم اللعبة ، عدد اللاعبين ، الخ . وبعد الانتهاء من تأدية النشاط يقوم الأطفال بتقييم أدائهم .

وصف الصّور

إن مهارات التواصل المرجعي التي تتطلب من الأطفال تقديم أوصاف واضحة مهارات مفيدة للأطفال الذين يعانون من ضعف لغوي . فباستخدام مجموعة أخرى من الأدوات ، يطلب من الأطفال وصف صور (المخلوقات غير مألوفة) بأكبر درجة

ممكنة من الوضوح بحيث يستطيع السامعون اختيار الصورة الصحيحة من بين عدة صور . وقد يطلب من الأطفال أن يعبروا لفظياً عن أوجه الاختلاف بين المخلوق الذي في ذهنهم والمخلوقات الأخرى المشابهة له . إن مهارات التواصل المرجعي توفر تغذية راجعة فورية . فإذا لم يتم وصف (المخلوق) بوضوح ، فإن المستمع لن يستطيع معرفته .

إن هؤلاء الأطفال لا يستخدمون المعلومات اللفظية للتوصل إلى استنتاجات ملائمة . ولكنهم يستفيدون من النماذج التي تبين طرق التخمين ، أو التنبؤ بالنتائج ، أو معرفة المعلومات الناقصة . كذلك فهم يستفيدون من الخبرات المتضمنة الدفاع عن تعليلهم أو إثبات ذلك التعليل .

تحليل المهارات

إن مهارات التعليل يمكن تجزئتها وتحليلها الى خطوات أصغر عندما يواجه الطفل المصاعب . ومن الأساليب المقترحة ما يلي : إعادة طرح السؤال ، إعادة صياغة السؤال باستخدام كلمات أبسط ، تعديل المهارة من أجل القاء الضوء على عناصرها المحددة ، إجراء المقارنات ذات العلاقة ، تقديم معلومات إرشادية وربط المجهول بالمعلوم .

إن هؤلاء الأطفال قد يظهرون مشكلات قواعدية في اللغة المنطوقة أو في اللغة المكتوبة . والممارسة الواسعة ضرورية لتصحيح الأخطاء . وتشمل الأدوات المتوفرة لتحقيق ذلك التمرينات اللازمة لتعديل الأخطاء والنشاطات التي تعرف الأطفال بقواعد لغتهم .

كذلك فهؤلاء الأطفال قد يسيئون تفسير المواقف الاجتماعية وقد يستجيبون لها بطريقة غير ملائمة . فلما كان النمو الاجتماعي يعتمد على اللغة إلى حد كبير ، فإن هؤلاء الأطفال يكونون في وضع ضعيف في المواقف الاجتماعية . وهم غالباً ما لا يدركون كمية المعلومات التي يحتاج إليها المستمع ، أو يقفزون إلى منتصف الموضوع دفعة واحدة مما يربك المستمع .

وقد يواجه الأطفال الضعاف لغوياً صعوبة في متابعة واستيعاب المحادثة

السريعة والانتقال من موضوع إلى آخر ولذلك فهم قد ينسحبون من المحادثة بدلاً من محاولة المشاركة . ولعلهم لم يتعلموا انتظار الدور ، وقد يحتكرون المحادثة أو يقاطعون الأطفال الآخرين . وقد تكون لديهم قدرة محدودة على التحدث عن المواضيع التي تحظى باهتمام أقرانهم في غرفة الصف أو هم قد يسيئون ملاحظات الآخرين بسبب محدودية استيعابهم .

وقد يحتاج الأطفال الضعاف لغوياً إلى تدريب مباشر فيما يتعلق بالتواصل الاجتماعي . ولعب الدور يتم في موقف يخلو من التهديد ويتوفر فيه دعم المعلم ويزود الأطفال بالفرص الضرورية لمناقشة واكتشاف الأنماط السلوكية في المواقف الاجتماعية . إن هذه الاقتراحات لا تمكن المعلمين من تطوير قدرات الأطفال الضعاف لغوياً فحسب وإنما الأطفال جميعاً .

الإعاقة البصرية:

تأخذ الإعاقة البصرية شكلين رئيسيين هما العمى (فقدان البصر الكلي) وضعف البصر (فقدان البصر الجزئي) . وللإعاقة البصرية تعريفات طبية/قانونية تعتمد على حدة الأبصار ومجاله وتعريفات تربوية تعتمد على مدى تأثير الفقدان أو الضعف البصري على التعلم . فمن الناحية الطبية/ القانونية يعتبر الطفل كفيفاً إذا كانت حدة بصره أقل من 200/20 أو إذا كان مجال بصره لا يتعدى 20 درجة وذلك بعد تنفيذ الاجراءات التصحيحية باستخدام العدسات اللاصقة أو النظارات الطبية . ومن الناحية التربوية فالطفل يعتبر كفيفاً إذا لم يكن باستطاعته التعلم من خلال حاسة البصر واعتمد على طريقة بريل . أما الضعف البصري فهو حدة بصر تتراوح بين 20/ 70-200/20 وفقاً للتعريف القانوني وحالة ضعف لا تمنع الطفل من استخدام بصره كاملاً فثمة قدرات بصرية متبقية لديه للقراءة باستخدام أدوات التكبير وفقاً للتعريف التربوي (الحديدي ، 1998) .

وتشمل الأسباب الرئيسية للاعاقة البصرية على :

• أخطاء الانكسار مثل قصر النظر (ضعف القدرة على رؤية الأشياء البعيدة) وطول النظر (ضعف القدرة على رؤية الأشياء القريبة) وحرج البصر (اللابؤرية بسبب عدم انتظام وشفافية القرنية) .

• اعتلال الشبكية الناتج عن السكري .

• الماء الأبيض (فقدان العدسة لشفافيتها) .

• الماء الأسود (ارتفاع الضغط الداخلي للعين) .

• التراخوما (التهاب فيروسي شديد في طبقة العين الخارجية) .

• انفصال الشبكية عن جدار مقلة العين .

• تنكس (تلف) الحفيرة الصفراء المسؤولة عن البصر المركزي .

• ضمور العصب البصري .

• التليف خلف العدسي الذي ينتج عن تعرض الأطفال الخدج لكميات كيرة من الأكسجين .

• البهاق (نقص أو غياب الصبغيات في العين) .

• التهاب الشبكية الصباغي وهو اضطراب وراثي يحدث فيه تلف في الشبكة (Cartwright et al., 1989)

نمو وتعلم الأطفال المعوقين بصرياً في مرحلة الطفولة المبكرة

نستعرض في هذا الجزء الحاجات النمائية والخصائص التعلمية للأطفال المعوقين بصرياً . فعلى ضوء هذه الحاجات والخصائص يتم تحديد المكونات الأساسية التي ينبغي أن تتضمنها برامج التدخل المبكر والاستراتيجيات التعليمية والعلاجية التي تقوم بتوظيفها .

النمو المعرفي :

قد تفرض الإعاقة البصرية في مراحل الطفولة المبكرة قيوداً على تطور مظاهر النمو المعرفي الأساسية المعتمدة على البصر مثل التآزر البصري - اليدوي ، والمفاهيم المرتبطة بالأشياء ، والعلاقات بين الأحداث والاشخاص والخبرات . والعجز في مظاهر النمو هذه قد يعيق النمو المعرفي الأكثر تطوراً مثل التصنيف والاحتفاظ . وبالرغم من ذلك كله ، فإن الأطفال المعوقين لديهم القابليات اللازمة لاكتساب المهارات المعرفية المعقدة إذا ما توفر لهم التعليم النشط الفاعل .

النمو اللغوي :

أما المظاهر النمائية اللغوية فهي تتطور لدى المعوقين بصرياً تطوراً طبيعياً إذا لم يكن لديهم إعاقات أخرى . ولكن أنماط النمو اللغوي المبكر لديهم تختلف عن تلك التي تظهر لدى الأطفال المبصرين وذلك بسبب الافتقار إلى المدخلات البصرية والتنقل وبسبب اختلاف الخبرات المبكرة التي يمرون بها . فمن التأثيرات الواضحة للإعاقة البصرية تعطيل اللغة غير اللفظية . ومن التأثيرات الأخرى المهمة للإعاقة البصرية الحد من خبرات الطفل وإرغامه على تكوين المفاهيم إعتماداً على الدلالات الادراكية غير الكافية . وذلك قد يقود إلى ان تكون لغة الطفل مرآة تعكس مستوى معرفته بلغة الآخرين وليس معرفته بالعالم من حوله .

النمو الحركي :

تبين الدراسات أن الأداء الحركي للأطفال المعوقين بصرياً أضعف من أداء الأطفال المبصرين وأن الأداء الحركي للأطفال الذين ولدوا مكفوفين أضعف من أداء الأطفال الذين فقدوا بصرهم في مرحلة ما من مراحل حياتهم . وذلك أمر صحيح سواء فيما يتعلق بالمهارات الحركية الدقيقة أو المهارات الحركية الكبيرة . فبالنسبة للمهارات الحركية الدقيقة ، تبين الدراسات أن بعض المهارات تتطور ببطء لدى

الأطفال المعوقين بصرياً لافتقارهم للدافعية لممارسة تلك المهارات بسبب عدم قدرتهم على رؤية الأشياء . وبالنسبة للمهارات الحركية الكبيرة ، يظهر لدى الأطفال المعوقين بصرياً تأخر في الزحف والوقوف والمشي والقفز والرمي وغير ذلك . وذلك يعود إلى نقص الدافعية لديهم للتنقل والحماية الزائدة التي يمارسها الآباء ومحدودية النشاطات الاستكشافية .

النمو الاجتماعي :

إن الإعاقة البصرية تؤثر سلبياً على النضج الاجتماعي ، فالطفل لا يستطيع استقبال أو إرسال الايماءات الاجتماعية غير اللفظية . وذلك كثيراً ما يقود إلى الاستجابات الانسحابية والسلوك النمطي (الإثارة الذاتية والاستجابات غير الهادفة الموجهة نحو الذات) . كذلك فإن المهارات الاجتماعية والانفعالية للأطفال المعوقين بصرياً تتأثر تأثراً كبيراً بردود أفعال الآخرين نحوهم وأنماط تفاعلهم معهم . فقد أشارت عدة دراسات إلى أن الكفاية الاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال تعتمد على توقعات الآخرين منهم وبخاصة في المراحل العمرية المبكرة .

وقد كان لعدة نظريات أثر على تطور فلسفة ومناهج التدخل المبكر وبخاصة النظريات السلوكية ونظريات النمو . فنظريات النمو تقدم جداول زمنية لاكتساب المهارات النمائية المختلفة وتبين هذه النظريات أيضاً تسلسل هذه المهارات . أما النظرية السلوكية فهي تؤكد على التعلم وفقاً لما يعرف باسم الاشراط الاجرائي والذي يبرز أثر المثيرات والمتغيرات البيئية وبخاصة تلك التي تحدث بعد السلوك . واستناداً إلى المفاهيم التي تقوم عليها هاتان النظريتان فقد طور في السنوات الماضية عدد غير قليل من المناهج للأطفال المعوقين الصغار . ويوضح الجدول رقم (4-1) العناصر الرئيسية في مناهج الأطفال المعوقين بصرياً في مرحلة التدخل المبكر .

الجدول رقم (4-1)

العناصر الرئيسية في منهاج التدخل المبكر للأطفال المعوقين بصرياً

النمو الحسي :	المهارات اللمسية ، والسمعية ، والشمية ، والحسية الحركية ، والبصرية ، والذوقية .
النمو الحركي الكبير :	مهارات الوصول للاشياء ، نقل الاشياء ، الرمي ، ضبط الرأس ، الزحف ، المشي .
النمو الحركي الدقيق :	مهارات الامساك بالأشياءوتحديد مواقعها ، والتوجه الفراغي ، والقص ، والتمييز اللمسي ، والتلوين والعلاقات ، والتتبع ، والنسخ ، والتسلسل ، وما قبل بريل .
النمو الاجتماعي :	الاستجابات العاطفية ، والانفعال ، والخوف من الغرباء ، والتأثر بالوالدين ، وتطور الاستقلالية .
النمو اللغوي الاستيعابي :	الانتباه للأصوات وتحديد مصادرها وتمييزها ، وربط الأصوات بالرموز ، والاستيعاب اللفظي .
النمو اللغوي التعبيري :	التعبير عن المشاعر ، والمناغاة ، وبناء الذخيرة اللفظية ، ومفهوم الذات ، والمفردات المتعلقة بالمفاهيم .
النمو المعرفي :	الاسباب والنتائج ، الوسائل والغايات ، ثبات الأشياء ، حل المشكلات ، التصنيف ، البنية البيئية ، التعليل ، تطور المفاهيم ، التعميم ، الاحتفاظ .
النمو في مجال العناية الذاتية :	تناول الطعام ، وارتداء الملابس وخلعها ، استخدام الحمام ، الهندام الشخصي ، التفاعل مع الاقران ، فهم الجسم ، مفهوم الذات ، مساعدة الآخرين .

الاعتبارات الخاصة بتعليم الأطفال المعوقين بصرياً :

1- تخصيص مكان واسع نسبياً لخزن الأجهزة الخاصة وآلة بريل والكتب المكبرة .

2-تخصيص مقعد واسع نسبياً يستطيع الطفل وضع آلة بريل والأدوات الأخرى عليه .

3-المحافظة على مستوى جيد من الاضاءة في غرفة الصف وتوفير مصادر اضاءة اضافية عند الحاجة .

4-السماح للطفل بالجلوس في المكان الذي يمكنه من المشاركة في الأنشطة الصفية .

5-السماح للطفل بالتعرف على غرفة الصف واستكشاف ما فيها واطلاعه على أية تغيرات تحدث فيها .

6-إزالة الحواجز غير اللازمة في غرفة الصف .

7-تعليم الأطفال ذوي الصعوبات البصرية باستخدام المنهاج العادي وعدم اجراء تعديلات إلا عندما يكون هناك حاجة ماسة .

8-استخدام آلة بريل والأشرطة المسموعة والكتب المكبرة والمواد الأخرى اللازمة .

9-تزويد الأطفال ببرامج تدريبية خاصة لتطوير مهارات التعرف والتنقل والنضج الاجتماعي الخ (وذلك ما يعرف بالمنهاج المساند أو الاضافي) .

10-التكلم في الصف بطريقة مسموعة وذكر كل شيء يكتب على السبورة أو تشتمل عليه الأوراق الموزعة .

11-التعرف على المعينات والمعدات الخاصة المستخدمة .

12-وصف الأحداث اليومية الروتينية وتوضيحها فالأطفال ذوو الصعوبات البصرية غير قادرين على التعلم بالملاحظة .

13-التأكيد على توفير الخبرات العملية فمجرد وصف الخبرة لا يكفي .

14-تزويد الطفل بالاثارة السمعية الكافية والتواصل معه بشكل متكرر .

15-تزويد الطفل بالتغذية الراجعة المناسبة .

16-تخفيف المساعدة المقدمة للطفل ليصبح قادراً على الاعتماد على نفسه .

17-تكييف الامتحانات لتتناسب وطبيعة وشدة الضعف البصري .

الفصل الخامس

الإعاقات السلوكية والتعلمية

اضطرابات السلوك

يتمثل إضطراب السلوك في اختلافه جوهرياً من حيث تكراره او مدته او شدته أو شكله وبشكل متكرر عما يعتبر سلوكاً طبيعياً في ضوء الموقف او العمر الزمني للفرد أو جنسه أو مجموعته الثقافية . ويظهر لدى الأشخاص المضطربين سلوكياً أو المعوقين إنفعالياً جملة من الخصائص من أهمها :

أ- عدم القدرة على التعلم غير ناجمة عن إنخفاض في القدرة العقلية العامة او العجز الحسي أو الجسمي .

ب- عدم القدرة على بناء علاقات إجتماعية طبيعية مع الأقران والمعلمين .

ج- الإحساس العام بالكآبة والحزن .

د- الشكوى من أعراض نفسية - حسية (مخاوف وآلام) ليس لها جذور جسمية واضحة .

هـ- إصدار إستجابات غير تكيفية وأنماط سلوكية غير عادية في المواقف العادية .

وتصنف الأدبيات السلوكية والتربوية اضطرابات السلوك الى عدة فئات وذلك وفقاً لعدة معايير . وعلى أي حال ، فإن اضطرابات السلوك غالباً ما تصنف الى أربع فئات رئيسية وهي (Heward & Orlansky, 1988) :

● إضطرابات التصرف :

وتشمل النشاط الزائد ونوبات الغضب وحب السيطرة والمشاجرة ومخالفة التعليمات وقواعد السلوك .

- عدم النضج :

ويتضمن العجز عن الإنتباه وعدم الإهتمام بالدراسة والتفاعل مع من هم أصغر سناً والسلبية .

- إضطراب الشخصية :

ويتضمن العجز الإنسحاب الإجتماعي والخجل والقلق والجبن والشعور بالنقص او بالذنب .

- العدوان والإنحراف الإجتماعي :

ويتضمنان السرقة والسلوك العدائي - التخريبي (القريوتي وزملاؤه ، 1995) . وقد قدمت تفسيرات متنوعة لإضطرابات السلوك . وبوجه عام ، تفترض المراجع العلمية الحديثة أربع فئات رئيسية من الأسباب وهي :

أ- الأسباب البيولوجية :

وتتضمن العوامل الوراثية والاضطرابات الدماغية والعوامل الغذائية .

ب- الأسباب النفسية - التربوية :

وتتضمن جملة الاضطرابات الأساسية في العمليات النفسية الداخلية التي تقترحها نظرية التحليل النفسي .

ج- الأسباب السلوكية :

وتتضمن العوامل المرتبطة بالأسرة والبيئة الاجتماعية .

د- الأسباب البيئية :

وتتضمن الاضطرابات الناجمة عن خلل ما في عمليات الاشراط الاجرائي والنمذجة .

بكاء الأطفال المعوقين صغار السن

كيف نوقفه؟

قد يختلف بكاء الأطفال المعوقين عن بكاء الأطفال العاديين ، فالأطفال المعوقون قد يبكون بشكل متكرر او شديد ودونما سبب واضح . ونتائج ذلك قد تكون سلبية على الوالدين وبخاصة عندما يكون من الصعب تهدئة الطفل . ولذلك فهناك حاجة أكيدة لتطوير واستخدام أساليب ملائمة للتعامل مع الطفل في برامج التدخل المبكر .

وأول خطوة نحو معالجة بكاء الأطفال هي تحديد المواقف التي يبكون فيها عادة وذلك يتطلب ملاحظة سلوك الطفل في فترات زمنية محددة وتدوين المعلومات حول النشاط الذي كان يمارس مع الطفل عند حدوث البكاء والطرق التي استخدمت لتهدئته والنتائج .

وقبل البدء بأي إجراء علاجي لإيقاف البكاء ، يجب تلبية الحاجات الأساسية للطفل مثل الطعام وتغيير الملابس ، الخ . كذلك يجب التأكد من ان الطفل لا يبكي بسبب الألم نتيجة مشكلة في الأذن مثلاً او ألم في الأسنان او تقرحات في الجلد . وقد يكون البكاء ناتجاً عن التأثيرات السلبية لعقاقير طبية جديدة يتناولها الطفل أو عدم ملاءمة وضع الطفل . إذا تم استثناء مثل هذه الأسباب يمكن عمل ما يلي :

ا - قد يكون بكاء الطفل تعبيراً عن رغبته في أن يحظى بإنتباه الوالدين إليه (الابتسام ، التواصل العيني ، الخ) . إن أشغال الطفل بنشاط محبب إلى نفسه قد يكفي لإيقاف البكاء .

2- قد يكون البكاء رد فعل لوضع جديد او صعوبة في التكيف مع التغيرات في الروتين أو في الخدمات العلاجية . في هذه الحالات ، يجب العمل على تعزيز الطفل بشكل مكثف أثناء مشاركته في الأنشطة العلاجية ولكن يجب عدم إعفاء الطفل من المشاركة في النشاطات العلاجية .

3- تعزيز الطفل بشكل مشروط إذا استمر الطفل بالبكاء فلعل ذلك يعني أن البكاء أصبح وسيلة للفوز بالانتباه . في هذه الحالة ، يجب الانتباه للطفل فقط عندما يستجيب بطريقة مناسبة اجتماعياً بدون بكاء . أن الإنتباه للطفل عندما يكون جيداً سيعلمه أن بإستطاعته الحصول على الانتباه عندما يقوم بإستجابات جيدة .

4- تهدئة الطفل وذلك يمكن تحقيقه من خلال حمل الطفل والمشي به . والبديهي هو أن تحمل الأم الطفل أفقياً بين يديها وتهزه عدة مرات في الدقيقة . فذلك يؤدي إلى النوم أو الاسترخاء . أما هز الطفل عمودياً أو بشكل متقطع فهو يوقظه . هذا ويمكن استخدام أرجوحة الأطفال إذا كان لا بد من الأنتباه للأطفال الآخرين .

وأخيراً فإن أنواعاً مختلفة من الأصوات تهدئ الأطفال وبخاصة الصوت الإنساني (كالغناء) . وقد تكون الألعاب الإلكترونية والأشكال المختلفة من اللمس (المساج في منطقة الظهر من الأعلى إلى الأسفل) ذات فائدة في إيقاف بكاء الأطفال .

هذا ويظهر جميع الأطفال مؤشرات على الضيق الانفعالي في بعض الأوقات ، ولكل طفل مناسبة ما يبدي فيها حاجة خاصة . وفي الحقيقة ، فإن عدداً قليلاً من الأطفال الذين ينعتون بالمضطربين إنفعالياً يبدون أنماطاً غير وظيفية أو غير تكيفية بشكل مستمر ، وحتى هؤلاء الأطفال يتمتعون بالكفاية في بعض الأوقات .

إن مصطلح الأضطراب الانفعالي يرتبط بإستجابة الطفل لمصادر الضغط النفسي . وعندما نستخدم رد الفعل للضغط بوصفه الفكرة المركزية في تعريف الاضطراب الانفعالي ، فإن الانماط السلوكية التي يصفها المعلمون بأنها تسبب إشكالاً يمكن النظر إليها على أنها محاولة من الطفل للتعامل مع الضغط والتعايش معه . وهذه المحاولات تسمى الآليات الدفاعية لدى الراشد . فالأطفال لم يبلغوا بعد هذا المستوى من النضج المعرفي . إنهم أكثر بساطة من حيث استراتيجياتهم النفسية وأكثر مباشرة ولذلك فهم أكثر قابلية للإنسحاب وليس للتبرير وأكثر قابلية للعدوان وليس للإسقاط (Lidz, 1983) .

إن الاستجابات المحددة التي يستخدمها الطفل للتعايش ليست مضطربة بحد ذاتها . فمعظم الأطفال يستخدمونها في بعض الأوقات وبدرجة معينة . إن الفرق بين الطفل الذي ندعوه طفلاً عادياً والطفل الذي ندعوه طفلاً مضطرباً هو في معظم الأحيان فرق بين شدة وتكرار استخدام استراتيجيات التعايش غير الفعالة . فنمط الطفل السلوكي يتصف بكونه غير تكيفي لأن الأنماط السلوكية غير مرنة من جهة ولأنها تولد الضغط بدلاً من أن تخفضه من جهة أخرى . وتوظيف مثل هذه الاستراتيجيات في التعايش قد يحد في واقع الأمر من نمو الطفل .

إن النظر إلى الاضطراب الإنفعالي من زاوية التعايش مع الضغط يدلنا إلى طرق مساعدة الطفل في مرحلة ما قبل المدرسة . وهناك طريقتان رئيسيتان يمكن تطبيقهما بشكل مباشر على الطفل . الطريقة الأولى تشمل تعديل تعريف الطفل وإدراكه للضغط وذلك من أجل إدراك خبرات أقل على أنها تولد الضغط وذلك تعديل معرفي . الطريقة الثانية تشمل تغيير آليات التعايش التي يوظفها الطفل بحيث يتطور لديه ذخيرة أوسع من الطرق لخفض الضغط . الطرق الأخرى تحاول تعديل مصادر الضغط البيئي ولكن على المعلم أن يتعامل مع الطفل سواء كان الطفل هو السبب الفعلي للاضطراب أم لا . عند ملاحظته في غرفة الصف ، قد يتصف الطفل المضطرب بأي من الخصائص التالية :

- طريقة في التعبير الانفعالي يتصف بها الأطفال الأصغر سناً .

-تطرف في السلوك قد لا يكون بحد ذاته غير عادي .

-إظهار السلوك في أوقات غير مألوفة ، وهذا السلوك قد يكون مناسباً في أوضاع أخرى إلا أنه غير ملائم في غرفة الصف .

-إظهار أنماط سلوكية تعتبر غير عادية في أي موقف تحدث فيه .

إن هذه الأنماط السلوكية تحد من قدرة الطالب على الإفادة من الموقف التعليمي . كذلك فهي تعمل بمثابة مؤشر للعالم الخارجي . على أن ثمة مشكلة في

نظام العلاقات الشخصية للطفل . وعندما تحدث هذه المظاهر السلوكية ، فهي تعني أن الطفل يتعرض لضغوط وأنه يحاول التعايش (Lidz, 1983) .

ما الذي يستطيع المعلم عمله؟

ما الذي يستطيع المعلم عمله لمساعدة الطفل الذي تتصف إستجاباته بكونها غير تكيفية والذي يوصف بأنه مضطرب إنفعالياً؟ إن المعلمين يتمتعون بذخيرة واسعة من أساليب الضبط المختلفة التي من شأنها مساعدة أي طفل ، ولديهم عدة أساليب للتأثير على أفكار الطفل ، وإستجاباته العاطفية وأنماطه السلوكية . ومن الأمثلة على ذلك :

1- تنظيم البيئة (مثل تنظيم الأثاث والمواد التعليمية لتوفير الأماكن المناسبة للعب) .

2- توفير المعززات من خلال التفاعل اللفظي والانفعالي ومن خلال تقديم المكافآت المادية .

3- العمل كنموذج للسلوك الأكثر تكيفاً من أجل أن يقلده الطفل ويتمثله .

4- تصميم المواقف التي تهيئ الفرص لحدوث أنماط التفاعل والسلوك التي يود المعلم التأثير عليها وتعديلها ، ومن تلك المواقف اللعب الدرامي والتعاوني .

5- تقديم معلومات مباشرة وتعليم مباشر لزيادة معرفة الطفل ولتحديد معايير وقواعد للسلوك .

6- العمل كمصدر دعم للوالدين لتلبية حاجات الطفل .

هذه الخيارات تمثل العناصر العلاجية المحورية في البرنامج الذي يصممه المقيِّم النفسي . وعند تحديد الحاجات المحددة للطفل ، فإن على المقيِّم النظر إلى غرفة الصف والمعلم لتحديد كيفية تلبيتها في البيئة الصفية أو نوع الإحالات اللازمة خارج نطاق

المدرسة . وهذه الوصفات العلاجية تكون في أفضل صورها عندما يسهم المعلم بالاقتراحات المتعلقة بكيفية ترجمة ملاحظات الأخصائيين المستشارين إلى ذخيرة المعلم الذاتية من النشاطات والقدرات .

التطرف السلوكي :

إن كلا من السلوك العدواني والسلوك الانسحابي قد يكون له مصادر عديدة . وكلا السلوكين لا يشكل بحد ذاته مؤشراً للاضطراب الانفعالي وكلاهما لا يبين لنا العوامل المسببة للسلوك الملاحظ . فالإنسحاب الاجتماعي مثلاً غالباً ما يقترن بالتأخر النمائي والعدوان الاجتماعي قد يعكس مشكلة عضوية في تنظيم النزعات العدوانية أو مشكلة في تفسير التفاعلات المتعلقة بالسلوك الاجتماعي . والطفل المنسحب قد يكون خجولاً ، أو خائفاً ، أو غير ذي خبرة ، أو لديه صعوبة في السمع ، أو غير ذلك . أما الطفل العدواني فقد يكون غاضباً ، أو محبطاً ، أو غير اجتماعي .

العدوان :

في الحديث عن العدوان الذي لا يعود إلى عوامل غير عضوية ، يميز علماء النفس بين عدوان الوسيلة وعدوان العداوة . العدوان الوسيلي هو الآيذاء الذي يحدث أثناء محاولة الحصول على شيء لدى شخص آخر ، في حين أن عدوان العداوة هو توجيه الأذى للشخص نفسه وليس لشيء ما لديه . وسلوك الوسيلة شائع لدى الأطفال الصغار في السن ، وهذا هو النوع الذي يميل علماء النفس إلى التعامل معه بوصفه مشكلة تطبيع اجتماعي وليس اضطراباً .

وتشير البيانات العلمية إلى أن الأطفال الذين يصدر عنهم عدوان الوسيلة بدرجة أكبر هم الاطفال الذين يصدر عنهم سلوك اجتماعي إيجابي أيضاً . وما يعنيه ذلك هو أن هؤلاء الأطفال أكثر نشاطاً وتعبيراً لا غير . وفي خضم هذا التعبير فالطفل يتعرض لمواجهات اجتماعية بعضها إيجابي وبعضها الآخر سلبي . وعندما يكون

الأمر كذلك ، فمن المناسب محاولة تعزيز الأفعال الإيجابية إلى أقصى حد ممكن ، والمعلم الفطن هو الذي يترصد الطفل وهو يسلك سلوكاً جيداً بحيث يمكن تقديم التعزيز الإيجابي .

فيما مضى كان المعلمون ينصحون بمحاولة تجاهل السلوك السلبي العدواني ، ولكن الأمر الآن مختلف . فالأدلة تشير إلى أن تجاهل مثل هذا السلوك قد يفسر من قبل الطفل بوصفه موافقة بما قد يزيد من السلوك غير المرغوب فيه . والأمر الذي ينصح به حالياً هو عدم تشجيع السلوك العدواني وليس معاقبته بطريقة عدوانية ، مع الاستمرار بالبحث عن فرص تعزيز السلوك الاجتماعي المناسب (Lidz, 1983) .

بعض الافكار حول خفض السلوك العدواني لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة :

1- بين بوضوح أن المشاجرة ممنوعة . أذكر هذه القاعدة مجدداً في حالة حدوث العدوان .

2- حاول تجنب المظاهر السلوكية التي قد تتفاقم إلى عدوان مثل الاتصال المؤذي الذي يحدث عندما يركض الأطفال في غرفة أو يدفعون الألعاب الكبيرة في المكان نفسه .

3- استخدم النمذجة لتعلم الطفل طرقاً بديلة للتعبير عن الغضب وخاصة في حالة غضب المعلم من الطفل . «إنني أشعر بالغضب منك لأني طلبت منك أن تفعل شيئاً ولكنك لم تسمع لي . لقد طلبت منك أن ترفع تلك المكعبات قبل خمس دقائق وأنت لم تفعل ذلك بعد . وأنا غاضب منك حقاً . بإستطاعتك الجلوس معنا على مائدة الطعام بعد أن ترفع المكعبات» .

4- يجب عليك أن تدرك أن بعض الأطفال يتشاجرون مع الآخرين لأنهم لا يعرفون كيف يلعبون أو كيف يستخدمون بعض الألعاب . فهم غالباً ما يعبثون

بالألعاب ويشعرون بالملل ويبدأون بأخذ العاب الآخرين . وقد يحتاج المعلم إلى تعليم هؤلاء الأطفال كيف يلعبون . ولمثل هؤلاء الأطفال ، اللعب غير الموجه ليس فعالاً . إنه يوفر للطفل فرصة لتعلم الاستكشاف .

5- علم الأطفال الآخرين أن يبلغوا الطفل العدواني أنهم يضيقون ذرعاً به عندما يعتدي عليهم أو عندما يأخذ منهم ألعابهم . وأعمل بمثابة نموذج لهم ودعهم يقلدون العبارات الفعلية إذا اقتضت الحاجة ذلك .

6- تدخل جسدياً وامنع الطفل وقيده إذا كان ذلك ضرورياً . فالتقييد ضروري أحياناً ليس من أجل الحفاظ على سلامة البيئة الإجتماعية والجسدية فقط ولكن لطمأنة الطفل العدواني بأنه يستطيع ضبط نفسه وأن الراشدين قادرون على توفير التقييد الآمن والتوجيه المنظم .

7- استخدم فترات عزل اجتماعي قصيرة بثبات وبطريقة هادئة ومفيدة ، ولعل دقيقة واحدة تكفي بالنسبة للطفل في مرحلة ما قبل المدرسة ، ولكن الطفل بحاجة إلى من يساعده ليبقى في موقع العزل وأن يربط بين السلوك والعزل الاجتماعي .

8- علم الطفل على التفكير ببدائل للسلوك غير المرغوب فيه ، وإذا دعت الحاجة دع الأطفال الأخرين يقدمون أفكاراً حول ذلك أو لتقم أنت نفسك بذلك .

9- وضح لفظياً نتائج أفعال الطفل من حيث تأثيرها على الآخرين «إن زميلك يغضب عندما تدفعه وهو لا يود أن يلعب معك أبداً» .

إن إظهار السلوك العدواني قد يكون مؤشراً على أن الطفل لا يفتقر إلى المهارة الاجتماعية فقط ، بل هو قد يعني أنه غاضب جداً . وغالباً ما يرتبط هذا الغضب بحرمان حقيقي ، أو على الأقل ، بالشعور بفقدان أشياء مختلفة . وفي هذه الحالة ، هناك حاجة إلى الأستشارة بغية تحديد العوامل المسببة لعدوان العداوة . ويستجيب المعلم لعدوان العداوة كاستجابته لعدوان الوسيلة ، ولكن الطفل الذي يظهر عدوان العداوة بحاجة إلى منفذ مقبول للتعبير عن الغضب وبإستطاعة المعلم المساعدة على

تحقيق ذلك . فعندما يرى المعلم أن الطفل غاضب فباستطاعته التعبير عن ادراكه لذلك كأن يقول : «أرى أنك غاضب جداً الآن» . ومن ثم يمكن نقل الطفل إلى موقع يوجد به ألعاب أو أشياء ليمارس الاعتداء عليها . ويمكن أيضاً ابلاغ الطفل أن ذلك أمر يمكنه عمله عندما يشعر بالغضب . وعلى أية حال فإن على المعلم البقاء مع الطفل في هذه الحالة ليطمئنه بأن غضبه يمكن السيطرة عليه .

الانسحاب الإجتماعي :

على الرغم من أن الطفل المنسحب إجتماعياً لا يمثل إشكالاً في غرفة الصف كذاك الذي يمثله الطفل العدواني ، إلا أن حاجاته النفسية بنفس المستوى من الأهمية . ولعل من أساسيات التدخل العلاجي مع الأطفال المنسحبين توفير الوقت والمكان الكافيين ، والسماح بملاحظة التفاعلات الروتينية في غرفة الصف واعطاؤهم الوقت الكافي للشعور بالأمن وبالثقة . وما من شك في أن مسألة تحديد الوقت والمكان الكافيين هي مسألة تقررها الخبرة العيادية . أثناء هذه الفترة ، باستطاعة المعلم ملاحظة الطفل بهدف التعرف على العوامل المرتبطة بالانسحاب وتحديد شدته . ومن المهم عدم التفاعل بشكل مكثف وفي نفس الوقت العمل على توجيه الطفل إلى النشاطات وتهيئة المواقف التي تجذب انتباه الطفل وتستثير اهتمامه . وهناك حاجة إلى خلق توازن بين اللطف والافراط في توكيد الذات . وبعض الأطفال المنسحبين اجتماعياً لا يبادرون بسهولة وإذا ما توفر لهم الوقت الكافي فهم يظهرون نشاطاً وحماسة . ومن الأفكار الرئيسية للتدخل العلاجي نذكر :

1- لاحظ طريقة استجابتك للأطفال الذين يستثيرون غضبك . واغلب الظن أن الطفل المنسحب اجتماعياً سيلاحظ ذلك ، وإذا كان الطفل يواجه مشكلة في التعبير عن غضبه فإن ملاحظته للمعلم وهو يستجيب بعنف للأطفال الآخرين قد يثبط الطفل أكثر فأكثر . ان هناك حاجة إلى الشعور في غرفة الصف بأن الغضب مقبول وان المعلم يستطيع توجيه الأطفال بحيث أن أحداً منهم لا يؤذى .

2- حاول ان تعرف إذا كان الطفل يستجيب للمس الجسمي وعانقه بدفء أو مد له يديك لطمأنته .

3- أطلب من أحد الأطفال المقبولين في الغرفة أن يبادر إلى دعوة الطفل المنسحب أجتماعياً إلى الاشتراك في النشاط . وإذا لم يستجب الطفل المنسحب لذلك فبإستطاعة المعلم أن يكوّن أزواجاً من الأطفال لتأدية النشاطات التفاعلية . إن استخدام الأقران لتعديل سلوك الطفل المنسحب اجتماعياً قد يكون ذا فاعلية كبيرة .

4- إعرف من الوالدين إذا كان السلوك الانسحابي يحدث في البيت كما يحدث في المدرسة . لاحظ تفاعلات الطفل مع والديه لتعرف إذا كان هناك فروق . إن سلوك الطفل يكون أكثر إشكالاً إذا لم يكن هناك فرق بين البيت والمدرسة ، وإذا كان الأمر كذلك ينبغي إحالة الطفل للمعالجة .

5- إن النشاطات المائية والرملية نشاطات مطمئنة للطفل المنسحب اجتماعياً (وللأطفال الذين يظهرون نشاطات زائدة أيضاً) ، ولعل إتاحة الفرص اليومية لممارسة هذه الأشكال من اللعب يكون لها أثر إيجابي على الطفل .

خلاصة الأمر ، أن الاضطراب الإنفعالي متعدد الأوجه وأن المعلم قادر على عمل أشياء كثيرة بشأنه . ولعل أفضل الطرق هي تجنب التفكير من زاوية «الطفل المضطرب انفعالياً» وكأن كل شيء يفعله الطفل يعكس اضطراباً . بدلاً من ذلك ، الأصح هو التعامل مع هذه الظواهر بوصفها أنماطاً سلوكية تحدث كرد فعل للضغط النفسي او كمحصلة لعمليات التنشئة الاجتماعية والانتباه الى تكرار وشدة هذه الأنماط السلوكية . وأخيراً ، فبإمكان المعلمين أن يعززوا البرامج العلاجية التي ينفذها المستشارون السلوكيون إذا استطاعوا إيصال المعلومات الواضحة (Coleman, 1986).

العناد لدى الأطفال وطرق التعامل معه :

العناد أو عدم الطاعة ، من الأنماط السلوكية الشائعة لدى الأطفال وهو يأخذ

عدة اشكال منها عدم قيام الطفل بتأدية السلوك المطلوب منه ، أو تأديته في وقت لاحق دون أن يلتزم بوعده أو القيام بتأدية سلوك آخر مناقض للسلوك المطلوب منه .

لماذا يفعل ذلك؟ وما الذي يستطيع الوالدان والمعلمون عمله؟ ان استجابة الطفل للتعليمات التي تصدر عن الولدين تختلف بإختلاف أسلوب الوالدين في اعطاء التعليمات . فالأب الذي يطلب طلباً معيناً من طفله بطريقة واضحة وحازمة يؤثر على سلوك طفله بطريقة مختلفة عن الأب الذي يوجه التعليمات لطفله بأسلوب مرن . وأحياناً تكون التعليمات الصادرة للأطفال متناقضة ومربكة لهم أو قد تكون معقدة لا طاقة للأطفال بها .

ومما لا شك فيه أن معرفة العوامل المرتبطة بالعناد ضرورية لمعالجته والتعامل معه ، فإذا كان الطفل قادراً على تأدية السلوك المطلوب منه فعلى الأغلب أن تعريض الطفل لنتائج محددة هو الأسلوب العلاجي المناسب . وقد يشمل هذا الأسلوب مكافأة الطفل عند قيامه بالسلوك المطلوب أو تجاهله عندما يمتنع عن تأدية ذلك السلوك من خلال عدم التفاعل معه او الانتباه إليه . ومكافأة الطفل قد تأخذ شكل الثناء عليه أو الانتباه إليه عندما يتبع التعليمات . وقد يكون من المناسب أيضاً إستخدام كميات مناسبة من أصناف الطعام والشراب التي يحبها الطفل أو احتساب نقاط له في كل حالة يطيع فيها التعليمات ومن ثم استبدال تلك النقاط بمعززات معينة مثل الالعاب والنشاطات المفضلة . وفي حالة استمرار حدوث العناد فمن الممكن حرمان الطفل من النشاطات المحببة لنفسه ولكن لفترة قصيرة جداً . والحرمان قد يأخذ شكل العزل الاجتماعي في البيت حيث يوضع الطفل في غرفة لا تتوفر فيها ألعاب أو أشياء مسلية ومحببة له وذلك بعد عدم إطاعة التعليمات مباشرة . وعند أخذ الطفل إلى تلك الغرفة يبلغ الطفل أنه لم يطع التعليمات وبأن عليه الدخول إلى الغرفة التي تم تحديدها للعزل ويتجنب الوالدان الدخول في مناقشات معه .

في بعض الحالات ينتج العناد عن الظروف التي تسبق السلوك مثل طريقة اعطاء التعليمات ، والعلاج في هذه المواقف يتطلب تغيير طريقة اعطاء التعليمات . وذلك قد يعني توضيح التعليمات وعدم قيام الأب نفسه بتنفيذ المهمة التي طلبت من الطفل وتجنب اعطاء التعليمات في أوقات تزعج الأطفال وتمنعهم من تأدية النشاطات المحببة إلى أنفسهم .

الحقيقة الهامة فيما يتعلق بسلوك الأبناء هي أن ردود فعل الآباء لهم تؤثر فيهم بشكل واضح وباستطاعة الآباء تعديل سلوك أبنائهم بقليل من التدريب والتوجيه لتنفيذ إجراءات سلوكية بسيطة نسبياً . وجوهر تعديل السلوك هو مكافأة السلوك الجيد وتجاهل السلوك غير الجيد . ولذلك فإن على الآباء أن يحللوا ويراقبوا نتائج ردود أفعالهم على سلوك أبنائهم دائماً فذلك هو المصدر الرئيسي والمحدد الحاسم لطبيعة سلوك الأبناء .

النشاط الزائد لدى الأطفال :

النشاط الزائد اضطراب شائع تشير الدراسات المسحية إلى أنه يظهر لدى ما يزيد على 5٪ من الأطفال وتزيد نسبة انتشار هذا الاضطراب لدى الذكور بمعدل 3 إلى 9 أضعاف عنها لدى الإناث . ومع أن هذا الاضطراب يحدث في المراحل العمرية المبكرة إلا أنه قليلاً ما يتم تشخيصه لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة . والنشاط الزائد حالة طبية مرضية أطلق عليها في العقود القليلة الماضية عدة تسميات منها «متلازمة النشاط الزائد» ، «التلف الدماغي البسيط» ، «الصعوبات التعلمية» ، وغير ذلك . وهو ليس أي زيادة في مستوى النشاط الحركي ولكنه زيادة ملحوظة جداً بحيث أن الطفل لا يستطيع ان يجلس بهدوء أبداً سواء في غرفة الصف أو على مائدة الطعام أو في السيارة ، إلخ .

والنشاط الزائد مصطلح وصفي نسبي يعكس ردود فعل الاخرين نحو سلوك

الطفل حيث لا يوجد معيار محدد للحكم على مدى ملاءمة مستوى النشاط الحركي . ويميز البعض بين النشاط الزائد الحركي والنشاط الزائد النفسي . ففي حين يشير النوع الأول الى زيادة مستوى الحركة يشير النوع الثاني إلى عدم الانتباه والتهور . وقد يحدث كلا النوعين من النشاط الزائد معاً وقد يحدث أحدهما دون الآخر . وبغض النظر عن ذلك ، فإن كلا النوعين يؤثران سلبياً على قدرة الطفل على التعلم . وإذا ترك النشاط الزائد بدون معالجة فإن ذلك غالباً ما يعني أن الطفل سيعاني من مشكلات سلوكية واجتماعية في المراحل العمرية اللاحقة .

وكثيراً ما يوصف الطفل الذي يعاني من النشاط الزائد بالطفل السيء او الصعب أو الطفل الذي لا يمكن ضبطه . فبعض الآباء يزعجهم النشاط الزائد لدى أطفالهم فيعاقبونهم ولكن العقاب يزيد المشكلة سوءاً . كذلك فإن إرغام الطفل على عمل شيء لا يستطيع عمله يؤدي إلى تفاقم المشكلة فقط . إن هؤلاء الأطفال لا يرغبون في خلق المشكلات لأحد . ولكن الجهاز العصبي لديهم يؤدي الى ظهور الإستجابات غير المناسبة . ولذلك فهم بحاجة إلى التفهم والمساعدة والضبط ولكن بالطرق الإيجابية . وإذا لم نعرف كيف نساعدهم فعلينا ان نتوقع ان يخفقوا في المدرسة بل ولعلهم يصبحون جانحين أيضاً فالنشاط الزائد يتصدر قائمة الخصائص السلوكية التي يدّعى أن الأطفال ذوي الصعوبات التعلمية يتصفون بها . كذلك فإن الأطفال الذين يظهرون نشاطات زائدة كثيراً ما يواجهون صعوبات تعلمية وبخاصة في القراءة – ولكن العلاقة بين النشاط الزائد وصعوبات التعلم ما تزال غير واضحة . هل يسبب النشاط الزائد صعوبات في التعلم أم هل تجعل الصعوبات التعلمية الأطفال يظهرون نشاطات زائدة؟ أم هل ان الصعوبات التعلمية والنشاط الزائد ينتجان عن عامل ثالث غير معروف؟ بعضهم اقترح أن التلف الدماغي يكمن وراء كل منهما ولكن البحوث العلمية لم تدعم هذا الاعتقاد دعماً قاطعاً بعد .

ومن أهم خصائص الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد :

1- عدم الجلوس بهدوء والتحرك بإستمرار .

2- التهور .

3- التململ باستمرار .

4- تغير المزاج بسرعة .

5- سرعة الانفعال .

6- التأخر اللغوي .

7- الشعور بالاحباط لأتفه الأسباب .

8- عدم القدرة على التركيز .

9- إزعاج الآخرين بشكل متكرر .

10- التوقف عن تأدية المهمة قبل إنهائها .

وقد أقترحت عبر السنين الماضية عدة أسباب للنشاط الزائد . ويمكن تصنيف هذه الأسباب ضمن أربع فئات أساسية هي :

العوامل الجينية :

تشير دراسات الأقارب من الدرجة الأولى ودراسات التوائم إلى أن العوامل الجينية تلعب دوراً مهماً في تقرير مستوى نشاط الإنسان . فقد بينت بعض الدراسات أن أباء الأطفال الذين لديهم نشاط زائد كانوا يعانون في طفولتهم من النشاط الزائد . وفيما يتعلق بدراسات التوائم المتطابقة والمتآخية فهي تدعم دور العوامل الجينية في توريث النشاط الزائد وإن كانت آلية التوريث غير معروفة .

العوامل العضوية :

هناك اعتقاد سائد مفاده أن النشاط الزائد يرتبط بتلف دماغي بسيط في كثير

من الأحيان ولكن الدراسات من جهة أخرى لا تقدم أدلة علمية قاطعة على ذلك فليس كل من لديه تلف دماغي يعاني من النشاط الزائد وليس كل من لديه نشاط زائد يعاني من تلف دماغي واضح . وهناك أيضاً من يعتقد أن النشاط الزائد ينتج عن مضاعفات الحمل والولادة . ومرة أخرى ، إن نتائج الدراسات العلمية لا تسمح لنا بالتوصل إلى استنتاجات قاطعة في هذا الصدد .

العوامل النفسية :

الفئة الثالثة من الأسباب المفترضة للنشاط الزائد هي فئة العوامل النفسية والتي تشمل أنماط التنشئة الأسرية (فالبيئة الأسرية التي تعرض الأطفال لضغوط لا يستطيعون احتمالها قد تسبب النشاط الزائد) والتعزيز (الإستجابة للنشاط الزائد للطفل والإنتباه إليه يزيده) والتعلم بالملاحظة (التفاعل اليومي بين الطفل ووالديه والأشخاص الآخرين يؤثر تأثيراً بالغاً على سلوكه فإذا كان لديهم نشاط زائد فهو قد يقلدهم ويتعلم منهم) .

العوامل البيئية :

أما الفئة الرابعة والأخيرة من فئات الأسباب المحتملة للنشاط الزائد فهي فئة العوامل البيئية والتي تتضمن التسمم بالرصاص والتعرض للإضاءة المنبعثة عن الأجهزة المختلفة المستخدمة في الحياة اليومية .

أما بالنسبة لمعالجة النشاط الزائد فإن أكثر الطرق استخداماً العقاقير الطبية المنشطة نفسياً وأساليب تعديل السلوك . فيما يتعلق بالعقاقير الطبية فهي تحقق نجاحاً في حوالي 70٪ من الحالات . وتتضمن العقاقير المستخدمة لمعالجة النشاط الزائد الريتالين والدكسيدرين والسايلرت . فمع أن هذه العقاقير منشطة نفسياً إلا أنها تحد من مستوى النشاط لدى الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد وذلك بسبب اضطراب الجهاز العصبي المركزي لديهم . وبما أن النشاط الزائد غالباً ما ينخفض

بشكل ملحوظ في بداية مرحلة المراهقة فإن العقاقير يتم إيقافها عندما يبلغ الطفل الثانية عشرة أو الثالثة عشرة من عمره .

أما بالنسبة لأساليب تعديل السلوك فهي تشمل إعادة تنظيم البيئة الأسرية أو الصفية بحيث تخلو من الإثارة البصرية الشديدة وتزيد مستوى الإنتباه . كذلك بينت بعض الدراسات فاعلية التدريب على تنظيم الذات معرفياً (الملاحظة الذاتية والضبط الذاتي اللفظي والتعزيز الإيجابي) . طريقة أخرى من طرق تعديل السلوك هي طريقة الإسترخاء حيث يتم تدريب الأطفال على الاسترخاء العضلي التام في جلسات تدريبية منظمة على افتراض ان الاسترخاء يتناقض والتشتت والحركة الدائمة .

وأخيراً فقد استخدمت دراسات عديدة أساليب أخرى لمعالجة النشاط الزائد مثل التعاقد السلوكي (العقد السلوكي هو اتفاقية مكتوبة تبين الاستجابات المطلوبة من الطفل والمعززات التي سيحصل عليها عندما يسلك على النحو المرغوب فيه ويمتنع عن إظهار النشاطات الحركية الزائدة) والتعزيز الرمزي (توزيع رموز معينة على الأطفال عند التزامهم بالمهمات السلوكية المطلوبة منهم وصرف تلك الرموز بمعززات إجتماعية أو مادية أو نشاطية في وقت لاحق) (Kauffman, 1989).

التوحد

نظرة تاريخية

التوحد (Autism) بأعراضه وعلاماته المتناقضة حالة قليلة الحدوث نسبياً وحالة مذهلة إلى حد أصبح معه لدى معظم الناس فكرة عن التوحد دون أن يكونوا قد مروا بخبرة مباشرة مع شخص يعاني من هذه الحالة . وإذا ما سئل الناس عن ماهية التوحد فهم يستطيعون تقديم أجوبة والتعبير عن آراء تغطي مدى واسعاً من الأفكار مثل «انهم منسحبون إجتماعياً . . . غير قادرين على التواصل . . . لديهم حب غير عادي للموسيقى . . . . جيدون في الحساب . . . متخلفون عقلياً . . . أذكياء جداً» .

ان هذه الآراء البسيطة تعكس بعضاً من التباين الشديد الذي تتصف به حالة التوحد . ومن أجل فهم التوحد فمن الضروري أن نلقي نظرة سريعة على التطور التاريخي لهذه الحالة . لقد كان كانر (Kanner) أول من وصف التوحد وذلك عام 1943 . فقد قدم هذا الأخصائي قائمة بالخصائص السلوكية والنفسية التي يفترض أن تسهل عملية التعرف على الأفراد الذين يعانون من التوحد . ولكن استخدامه لمصطلح «التوحد» أحدث إرباكاً منذ البداية لأن هذا المصطلح كان يستخدم سابقاً لوصف الإنسحاب إلى عالم الخيال الذي يظهره الأفراد الذين يعانون من الشيزوفرينيا (فصام الشخصية) . وفي تلك الحقبة الزمنية ، بدى التوحد وكأنه حالة يصاب بها الأطفال الذين ينحدرون من أسر متعلمة تنتمي للفئة الاقتصادية الاجتماعية ذات المستوى الجيد ، ولكن ذلك يعكس تحيزاً في الإحالة أكثر مما يعكس الحقائق العيادية .

والخصائص التي أوردها كانر جديرة بالذكر هنا لأنها لا تزال صحيحة وتصف الشكل التقليدي للتوحد :

1- العجز عن بناء العلاقات :

وذلك يعني أن الطفل التوحدي يواجه صعوبة في التفاعل مع الناس وإنه يهتم بالأشياء أكثر مما يهتم بالأشخاص .

2- التأخر في اكتساب اللغة :

بالرغم من أن بعض الأطفال التوحديين بكم ويبقون كذلك إلا أن أطفالاً أخرين يكتسبون اللغة ولكنهم يتأخرون في ذلك مقارنة بالأطفال العاديين .

3- إستخدام اللغة المنطوقة بطريقة غير تواصلية بعد تطورها :

بالرغم من أن لدى الأطفال التوحديين ذخيرة لفظية كافية إلا أنهم يواجهون صعوبة في إستخدام الألفاظ بطريقة ذات معنى في المحادثة .

4- الترديد الكلامي غير الطبيعي :

من الصفات الرئيسية للأطفال التوحديين ترديد الكلمات والجمل .

5- عكس الضمائر :

وذلك يعني أن الطفل يستبدل أنت بأنا .

6- اللعب بطريقة نمطية تكرارية :

إن قدرة الأطفال التوحديين على اللعب بوجه عام محدودة جداً . فهم يكررون النشاط نفسه ويخفقون في اكتساب مهارات اللعب التخيلي .

7- الإنزعاج من التغيير :

وذلك يعني أن الأطفال التوحديين يقاومون حتى التغيرات البسيطة في البيئة المحيطة والحياة اليومية .

8- الذاكرة الإستظهارية الجيدة :

إن نسبة كبيرة من الأطفال التوحديين يتمتعون بذاكرة جيدة من النوع الاستظهاري .

9- المظهر الجسمي العادي :

إن هذه الحقيقة دفعت بكانر الى الاعتقاد بأن الأطفال التوحديين يتمتعون بذكاء عادي ، وهو اعتقاد تبين أنه خاطئ في الأونة الأخيرة .

وفي الوقت ذاته ، قام طبيب نفساني نمساوي أسمه هانز اسبرجر (Asperger) بوصف مجموعة من الأعراض المرضية أطلق عليها أسم «الإضطراب التوحدي» وذلك في تقرير له باللغة الألمانية . ولا تختلف الأعراض التي ذكرها عن تلك التي قدمها كانر باللغة الإنجليزية . ومنذ ذلك الوقت ، ظهرت في أدبيات الاضطرابات السلوكية مصطلحات مثل «متلازمة اسبرجر» للإشارة إلى الأطفال التوحديين

وبخاصة الأكثر قدرة منهم . ومهما يكن الأمر ، فما يزال هناك جدل حول مدى اختلاف الإنفصال التوحدي عن متلازمة اسبرجر .

وفي السنوات الماضية اقترح باحثون آخرون معايير عديدة وأصبحت الممارسة تتمثل بمجموع النقاط التي تنطبق على الطفل لتشخيص حالته . وجوانب القصور في هذا النظام التشخيصي واضحة كل الوضوح . فقد تنطبق ثمان من تسع خصائص على الطفل ومع ذلك يكون التشخيص أنه لا يعاني من التوحد . وعلى كل حال ، فمع زيادة مستوى معرفة الباحثين بحالة التوحد ، أصبح الممارسون ينزعون نحو استخدام منحى عملي يستند إلى الخبرة العيادية للتشخيص (Coleman, 1986).

أسباب التوحد :

إن الخصائص السلوكية الواردة في الجزء السابق تساعد على وعي مدى تباين حالة التوحد . ونعرف أن النموذج الطبي ، أي التعامل مع التوحد بإعتباره مرضاً ، ليس مفيداً . بدلاً من ذلك ، يجب النظر إلى التوحد بوصفه اضطراباً اجتماعياً- تربوياً فهذه النظرة تشجع على استخدام المصطلح في ظل الحقائق والوقائع البيئية وليس كفئة تشخيصية يتم التعامل معها بدون مرونة . وليس مفيداً التوقف عن استخدام مصطلح «التوحد» كاملاً لأنه يعمل بمثابة إطار مرجعي مناسب لفهم مجموعة من الأطفال الذين يظهرون أنماطاً غير مألوفة ومتناقضة من النمو .

ومنذ عقد الأربعينات ، وضعت عدة نظريات لتفسير التوحد والتكهن باسبابه . في البداية ، كان يعتقد أن الوالدين يتحملان المسؤولية وبخاصة الأم التي كانت تتهم بأنها لم تزود طفلها بالحنان والدفء الكافيين . ولحسن الحظ ، إن مثل هذه الآراء نبذت في ضوء نتائج البحث العلمي التي اثبتت عدم صحتها . ومع ذلك فقد انبثقت مؤخراً فرضيات مشابهة تدعي أن التوحد ينتج عن انهيار العلاقة ما بين الأم وطفلها وأن هذه الفرضية توفر القاعدة اللازمة للمعالجة . وقد دافعت الطبيبة

النفسانية الأمريكية مارثا ولش عن هذه النظرية بقوة وطورت أسلوباً علاجياً يعرف باسم «العلاج من خلال حمل الطفل» . وهذا الأسلوب لا يشمل كما قد يتوقع البعض أن تحمل الأم طفلها بحنان أو أن تعانقه وإنما أن تحمله رغماً عنه وان لا تنزله من بين يديها رغم مقاومته ورغم البكاء والصراخ . ومن الصعب علينا أن نتصور كيف يمكن لهذا الأسلوب أن يعالج التوحد . وفي الحقيقة ، فقد تناقلت وسائل الإعلام في السنوات القليلة الماضية عدداً غير قليل مما يوصف بكونه «أساليب علاجية» للتوحد على الرغم من عدم توفر أية أدلة علمية حول فاعليتها .

إن كل الأدلة المتوفرة حالياً تشير إلى أن أسباب التوحد بيولوجية . وخلافاً للإفتراضات التي استند إليها كانر ، فالدراسات العلمية تشير الآن إلى أن التوحد حالة قد يعاني منها الأطفال من كافة الشرائح الإجتماعية بصرف النظر عن المتغيرات المعرفية او الاقتصادية الاجتماعية او الأصول العرقية .

ويعرف المتابعون للدراسات حول التوحد أنه حالة يعاني منها الذكور أكثر من الإناث حيث أن نسبة الذكور إلى الإناث تبلغ حوالي (3) أو (4) إلى (1) . وهذه النسبة بالإضافة إلى العلاقة القوية المعروفة بين التوحد والتخلف العقلي الشديد تقدم أدلة إضافية على أن أسباب التوحد ليست نفسية أساساً .

ولا توضح البحوث الحديثة أن أقارب الأفراد التوحديين أكثر عرضة من غيرهم للإصابة بالتوحد فحسب ، ولكنها توضح أيضاً أن نسبة عالية من أقارب أسر الأفراد التوحديين تعاني من اضطرابات كلامية ، وصعوبات تعلمية وإعاقات معرفية بسيطة أخرى .

إن بعض الاضطرابات الجسمية ترتبط بالتوحد . وهذه الاضطرابات تشمل الحصبة الألمانية ، والتشنجات في مرحلة الرضاعة ، والفينيل كيتون يوريا (PKU) ، إضافة إلى ذلك ، فالتوحد يرتبط أيضاً ببعض الإضطرابات الوراثية المعروفة ومنها التصلب التدرني (Tuberous Sclerosis) ومتلازمة الكروموسوم الجنسي الهش

(Fragile X Syndrome) . وتشير نتائج الدراسات الحديثة إلى أن الحصبة الألمانية وبعض الفيروسات بل وحتى الفطريات قد تكون من الأسباب المحتملة للتوحد . وباختصار ، فإن أدلة متزايدة بدأت تتوفر حول الدور السببي للعوامل البيولوجية في التوحد . وبناء على ذلك ، أصبح ينظر إلى هذه الحالة بوصفها إضطراباً جسمياً وليس إضطراباً إنفعالياً .

مشكلات التشخيص والتقييم

لقد برزت المشكلات ذات العلاقة بتشخيص حالة التوحد منذ أن عرفه كانر عام 1943 وما يزال الوضع إلى يومنا هذا غير مرض ويكتنفه الغموض . ولعل أسلوب تسجيل النقاط المستخدم لتشخيص حالة التوحد والذي أشرنا إليه في البداية قد أسهم في خلق هذا الإرتباك . إلا أن تقدماً قد أحرز في الآونة الأخيرة مع تخلي الباحثين عن النظرة الضيقة لهذه الحالة وتبنيهم للمنحى الوصفي في تشخيصها .

إن بالإمكان التخفيف من مشكلات تشخيص التوحد إذا تضمن تدريب العاملين في مجال التربية الخاصة معلومات كافية عن طبيعة التوحد . فالمعلومات المتوفرة لهؤلاء وكذلك للأطباء وأخصائيي علم النفس وأخصائيي العلاج النطقي غير كافية . وهناك حاجة أيضاً لإنشاء مراكز بحثية متخصصة في تشخيص التوحد ومعالجته . ومثل هذه المراكز يجب أن تقيم علاقات عمل فعالة مع أقسام طب الأطفال في المستشفيات وذلك من أجل توظيف فريق متعدد التخصصات للتشخيص .

وعندما ينظر إلى التوحد على أنه اضطراب لغوي تصاحبه صعوبات سلوكية فستصبح هناك نزعة نحو تحويل الأطفال الذين يعتقد أنهم يعانون من هذه المشكلة إلى أخصائيي العلاج النطقي على افتراض ان معالجة المشكلة اللغوية هي كل ما يحتاج إليه الطفل . وقد يميل أولياء الأمور إلى قبول هذا التفسير الساذج الذي يدعمه أخصائيو العلاج النطقي الذين يفتقرون إلى الخبرة .

ولكن السؤال الذي يطرح نفسه هنا هو : هل التشخيص هام فعلاً؟ ومن الذي يجب أن يقوم به؟ إن مبررات التشخيص عديدة ومن أهمها أن الآباء يريدون أن يعرفوا طبيعة مشكلة طفلهم . فعدم معرفتهم ينجم عنها شعور بعدم الأمن والإرتباك . وبهذا الصدد ، لا بد من الإشارة إلى أن عدداً من الأخصائيين قد يخفي الحقيقة لاعتقادهم بأن ذلك يحمي الآباء من الضغوط النفسية . ولكن هذا الموقف قد يعكس شعورهم بعدم الكفاية في تقديم الدعم المناسب أما الآباء فلا يتوقع منهم أن يصبحوا واقعيين في تعاملهم مع أطفالهم إلا بعد أن يدركوا طبيعة المشكلة التي يعانون منها . وانه لأمر محزن ، أن نرى أولياء الأمور يتنقلون من أخصائي إلى آخر ويبحثون عن استشارة تلو آخرى لأن أحداً لم يخبرهم بمشكلة طفلهم بطريقة واضحة تعكس مشكلاته الحقيقية . إن التشخيص الصحيح لحالة التوحد يقلل إحتمالات إساءة فهم المشكلات المتناقضة التي يعاني منها الطفل . ومن الأمور الشائعة أن يشعر أولياء أمور الأطفال الذين لم يتم تشخيص حالة التوحد لديهم بأنهم المسؤولون عن الإضطراب السلوكي لدى أطفالهم وعليه فالتشخيص المبكر يخفف مستوى الشعور بالذنب . كذلك فالتشخيص الصحيح والتقييم المناسب لحاجات الطفل يزيد إحتمالات وضع البرامج التربوية والعلاجية الفعالة والتخطيط المناسب للمستقبل .

أما بالنسبة للشق الثاني من السؤال فالإجابة هي أن خبرة الأخصائي بالتوحد أكثر أهمية من التخصص نفسه . وبوجه عام ، فإن الأخصائيين الذين قد يشتركون في التشخيص هم أطباء الأطفال ، وأخصائيو الطب النفسي ، والأخصائيون النفسيون والتربويون ، وأخصائيو العلاج النطقي . فمن الواضح مثلاً ان طبيب الأطفال هو الذي سيقوم بتشخيص الحالة إذا كانت لدى الطفل حاجات طبية معينة تجب مراعاتها . وفي كل الأحوال إن لطريقة تقديم التشخيص لأولياء الأمور أهمية خاصة ويجب على الجميع توخي الحذر عند القيام بها (Coleman, 1986).

لقد كتب الكثير حول ضبط سلوك الأطفال التوحديين والمشكلات التي يواجهها أولياء الأمور في هذا الخصوص . ولعل من الضروري هنا الإشارة إلى أن ما يعتبره أحد الآباء مشكلة رئيسية قد لا يكون بمثابة مشكلة بالنسبة لأب آخر . ومن المشكلات ما يتعلق بالنوم حيث أن بعض الأطفال الذين يعانون من الإنفصال التوحدي لا ينامون بما فيه الكفاية ويسببون إزعاجاً كبيراً لأسرهم . وقد يفقد بعض الآباء السيطرة على أنفسهم ويلجأون إلى تقييد أطفالهم في غرف نومهم . وبالرغم من أن هذا الإجراء يبعث في النفس الصدمة والرعب إلا أنه إجراء لا بد من تفهمه في ضوء الإزعاج الهائل الذي ينجم عن أفعال الطفل التوحدي لجميع أفراد الأسرة .

وثمة مشكلات أخرى تتطلب رعاية خاصة ومنها إصرار الطفل على تكرار أنشطة محددة مثل فتح وإغلاق الأبواب ومشاهدة برنامج تلفزيوني محدد أو الإستماع إلى أغنية معينة أو طرح أسئلة عديمة المعنى مرة تلو الأخرى . ان احدى فوائد الإنضمام إلى مجموعات الآباء الداعمة هو تبادل الخبرات ومناقشة أساليب مساعدة الأطفال وحل مشكلاتهم خاصة وأن المشكلات هذه قد لا تختفي أبداً . ويتبين من التجارب أن الآباء قد يمتلكون مهارات متميزة وقدرات غير عادية في حل المشكلات التي تبدو وكأنها غير قابلة للحل . وباستطاعة الآباء الإستفادة أيضاً من المقالات والكتب التي تعالج طرق تأهيل الأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية .

إن المشكلات التي يمكن مواجهتها في تنشئة الأطفال الذين يعانون من الانفصال التوحدي معروفة إلى حد ما وهي تشبه تلك التي يعاني منها الأطفال المتخلفون عقلياً . فالتدريب على استخدام التواليت يستغرق زمناً طويلاً بالنسبة لبعض الأطفال ، والبعض لا يستخدم إلا حماماً معيناً . وقد يتطور لدى البعض الآخر رعب من الحمام او قد يكررون بعض الأنشطة المتعلقة به مرة تلو آخرى . وقد

يكون لدى الأطفال قدرة على العناية بأنفسهم ولكنهم يرفضون التعاون عند إرتداء الملابس وغير ذلك . وغالباً ما تكون عادات تناول الطعام صعبة جداً . فالأطفال الذين يعانون من الإنفصال التوحدي قد لا يتناولون إلا بعض أنواع الطعام والشراب وقد لا يستخدمون إلا بعض الأدوات . وقد يكون البعض نحيفاً بسبب رفضه تناول كميات كافية من الطعام في حين ان البعض الآخر يصبح بديناً بسبب إصراره على تناول بعض أنواع الطعام . وقد تعلمنا من التجارب أن إقناع هؤلاء الأطفال بل وحتى إرغامهم على تناول أطعمة متنوعة كثيراً ما يتكلل بالنجاح . وقد يبدو هذا الأمر مستحيلاً بالنسبة للآباء الذين عودهم أطفالهم على تناول أنواع محددة فقط من الطعام لفترة طويلة . ولذلك من الأفضل في هذه الحالات أن تنفذ برامج تعديل الأنماط الغذائية بالتعاون مع روضة الأطفال أو المدرسة . ولا يؤدي ذلك إلى توفير خيارات متعددة فقط ولكنه غالباً ما يقود إلى تعميم العادات من المدرسة إلى البيت . ومع تحسن نوعية الغذاء فإن مظهر الأطفال يتحسن والأهم من ذلك أن سلوكهم قد يتحسن كذلك .

إن آباء الأطفال العاديين قد يواجهون مثل هذه المشكلات . ومع الأطفال التوحديين فإن عدم القابلية للتحسن والتشتت الكبير لهما أهمية تشخيصية عندما ينظر إليهما في ضوء الخصائص السلوكية الأخرى . وتشعر بعض الأسر أن سلوك طفلها التوحدي غير المقبول إجتماعياً فيما يتعلق بالمائدة والأنماط السلوكية غير القابلة للتنبؤ تجعل من الصعب عليهم الذهاب برفقته لتناول الطعام في مكان عام . من ناحية أخرى ، فإن بعض الأطفال التوحديين الذين يعانون من إعاقة شديدة تتطور لديهم عادة تناول المواد غير المناسبة (كالأزرار ، الرمل ، الخ . .) ومثل هؤلاء الأطفال بحاجة إلى مراقبة من نوع خاص لأنهم قد يعرضون أنفسهم للهلاك بسبب إبتلاع أشياء خطرة .

ومن المهم هنا أن نؤكد على أن فروقاً كبيرة جداً توجد بين الأطفال التوحديين . فكل طفل له شخصيته وخلفيته الأسرية وخبراته الفريدة . ونحن نؤكد هذه النقطة

لأن الأخصائيين كثيراً ما يخفقون في تشخيص حالة التوحد لأن الطفل قد يبدو مختلفاً جداً عن أطفال توحديين يعرفونهم .

وبالنسبة لتنفيذ البرامج التربوية ، فإن الفئات التشخيصية ليس لها أهمية كبيرة . فمصطلح «التوحد» يشير إلى مدى واسع جداً من الإعاقات والسلوك قد يشمل الكثير أو القليل من الخصائص التوحدية . والمهم عند التعامل مع الأطفال التوحديين أن تشارك الأسرة بشكل فعال في البرنامج التربوي .

والتقييم يجب النظر إليه بوصفه علاقة تشاركية بين الآباء والمعلمين والأخصائيين الآخرين تسعى إلى إكتشاف وتفهم طبيعة الصعوبات والحاجات الفردية للطفل . ومثل هذه العلاقة التشاركية تزيد إحتمالات وضع الأطفال في المدارس القادرة على تلبية الحاجات الخاصة لهم بصرف النظر عن فئاتهم التشخيصية .

إن الأطفال الذين يعانون من الإنفصال التوحدي لا يلتحقون بالضرورة بمدارس متخصصة بتربية الأطفال التوحديين فهؤلاء الأطفال يختلفون عن بعضهم البعض سواء من حيث القدرات الأكاديمية أو من حيث القدرات السلوكية . والأطفال التوحديون الذين ينجحون في الأوضاع التربوية العادية هم أولئك الذين لا يعانون من إعاقات شديدة ولا يظهرون خصائص سلوكية شاذة ملحوظة . كذلك فهؤلاء تكون لديهم ذخيرة لغوية يستطيعون إستخدامها بشكل مناسب وتكون لديهم قدرات أكاديمية مقبولة . إلا أن عدداً قليلاً جداً من الأطفال التوحديين يستطيع الإلتحاق بمدارس عادية . فغالبية هؤلاء الأطفال يعانون من تخلف عقلي شديد أو بسيط . وبناء على ذلك فإن معظم الأطفال التوحديين يحتاجون إلى خدمات التربية الخاصة .

وبالنسبة لبعض الأطفال فإن المشكلة الرئيسية هي مشكلة التأخر اللغوي أو عدم القدرة على إستخدام المهارات اللغوية المتوفرة لديهم . وفي مثل هذه الحالات

فإن إلتحاقهم بمدارس خاصة لذوي الاضطرابات اللغوية او بوحدات وعيادات لمعالجة الاضطرابات اللغوية أمر مفيد ومناسب . ولأن معظم الأطفال التوحديين يعانون من التخلف العقلي فإنهم يعانون أيضاً من صعوبات تعلمية شديدة وعليه فليس هناك سبب يمنع إلتحاقهم بالمدارس التي تعنى بتربية الأطفال المتخلفين عقلياً .

الإعتبارات الخاصة بتعليم الأطفال ذوي الإضطرابات السلوكية :

1- الإفادة إلى أقصى حد ممكن من دعم الأخصائيين الآخرين ، والمرشدين على وجه الخصوص ، للتعامل مع هؤلاء الأطفال وتعليمهم .

2- محاولة فهم الأسباب الحقيقية التي تدفع الأطفال إلى القيام بما يقومون به والتعاطف معهم ومحاولة مساعدتهم .

3- التعبير عن الثقة بقدرة هؤلاء الأطفال على التغير وقبولهم كأطفال يحتاجون إلى المحبة والإحترام والدفء .

4- إستخدام نظام ثابت في الصف .

5- تقديم النماذج الكافية للسلوك التكيفي وتهيئة الظروف للأطفال ذوي الصعوبات الإنفعالية / السلوكية لتقليده ومحاكاته .

6- إتاحة الفرص لحدوث أنماط التفاعل والسلوك غير المرغوب فيها (مثل العمل التعاوني) .

7- القيام بدور مصدر دعم للوالدين ومشاركتهما في العملية التربوية .

8- إستخدام إجراءات منظمة وثابتة في التعليم الصفي .

9- الثناء على الطفل وتشجيعه بشكل متكرر .

10- ملاحظة سلوك الطفل وتحليله بموضوعية وذلك بغية إختيار الأهداف السلوكية الملائمة وتقييم الإجراءات المستخدمة .

الصعوبات التعلمية

تعتبر الصعوبات التعلمية واحدة من فئات التربية الخاصة التي كان الغموض وما زال يكتنفها من حيث التعريف والأسباب . ولذلك كثيراً ما توصف هذه الإعاقة بأنها «محيرة» أو «غير مرئية» . علاوة على ذلك ، فإن الأدبيات التربوية الخاصة تزخر بالتسميات والمصطلحات التي استخدمت في النصف الأول من هذا القرن للإشارة إلى الصعوبات التعلمية ومنها : متلازمة النشاط الزائد ، الإعاقة التعلمية ، الإعاقة الإدراكية ، اضطراب العجز عن الإنتباه ، التلف الدماغي البسيط ، والدسلكسيا (عسر القراءة) . وفي الحقيقة ، فإن أدبيات التربية الخاصة قدمت حوالي أربعين مصطلحاً مختلفاً للإشارة إلى الصعوبات التعلمية وأقترحت ثمانية وثلاثين تعريفاً مختلفاً لها (Cartwright, & Cartwright, Ward, 1989).

وعلى أي حال ، فالتعريف الأكثر قبولاً واستخداماً لصعوبات التعلم هو ذاك الذي قدمته اللجنة الأمريكية الوطنية الإستشارية للمعوقين عام 1968 ، وينص هذا التعريف على أن الصعوبات التعلمية هي اضطراب في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية المتضمنة في فهم اللغة او إستخدامها سواء كانت شفهية او كتابية . وهذا الاضطراب يظهر على شكل عجز عن الاستماع او التفكير او الكلام أو القراءة أو الكتابة أو التهجئة أو الحساب . ويبين التعريف أن الصعوبات التعلمية لا تشمل المشكلات التعلمية التي تعود أساساً إلى الإعاقة العقلية أو السمعية أو البصرية أو السلوكية او الحركية أو الحرمان البيئي أو الاقتصادي أو الثقافي .

وتتمثل المشكلة الرئيسية لدى الأطفال ذوي الصعوبات التعلمية في التباين الملحوظ بين القابلية والإنجاز الفعلي . ويتم الحكم على ذلك إجرائياً من خلال مقارنة الأداء الفعلي للطفل في المجالات الأكاديمية المختلفة بأدائه المتوقع بناء على عمره العقلي وعمره الزمني (Snyder, Bailey, & Auer, 1994) . وينبغي إثبات أن هذا التباين يقتضي تقديم خدمات تربوية خاصة ليتم تصنيف المشكلة على أنها صعوبات تعلمية .

وكما أن تعريفات الصعوبات التعلمية متنوعة فإن أسبابها المحتملة متنوعة هي الأخرى . وبوجه عام ، تصنف الأسباب إلى خمس فئات عامة وهي :

(أ) الأسباب الجينية :

فالدراسات العلمية التي أجريت حول التوائم المتطابقة والأقارب من الدرجة الأولى تقدم بعض الأدلة على أن العوامل الجينية تلعب دوراً سببياً في الصعوبات التعلمية .

(ب) الأسباب البيولوجية :

يفترض الباحثون أن التلف الدماغي البسيط يشكل أحد الأسباب الأساسية المحتملة لصعوبات التعلم . إلا أنه لا يتوفر دليل علمي قوي يدعم هذا الإفتراض .

(ج) الأسباب البيوكيماوية :

لقد شهدت السنوات الماضية إهتماماً متزايداً بدور المواد الاصطناعية المضافة إلى الطعام ودور اضطرابات عملية التمثيل الغذائي في الصعوبات التعلمية . إضافة إلى ذلك ، ثمة أعتقاد لدى بعض الباحثين حالياً أن الصعوبات التعلمية قد تنتج عن ردود فعل تحسسية لبعض المواد الغذائية أو أنها تنتج عن خلل في وظائف الناقلات العصبية أو في سرعة إيصال السيالات العصبية .

(د) الأسباب البيئية :

إضافة إلى ما سبق ، يؤكد بعض الباحثين أن الصعوبات التعلمية ترتبط بعوامل خطر بيئية مثل الإشعاع والتدخين والإنارة الخاصة والكحول والعقاقير .

(هـ) الأسباب النمائية :

وأخيراً فثمة من يعتقد أن صعوبات التعلم تنجم عن تأخر نضج الجهاز العصبي المركزي وإن كانت أسباب هذا التأخر غير معروفة .

هذا وتصنف الصعوبات التعلمية إلى فئتين رئيسيتين هما :

- الصعوبات التعلمية الأكاديمية .
- الصعوبات التعلمية النمائية .

بالنسبة للصعوبات التعلمية الأكاديمية والتي ترتبط بالأداء في المجالات الأكاديمية مثل الحساب والقراءة والكتابة وغير ذلك فهي تتضح في الصفوف الأساسية الأولى . أما الصعوبات التعلمية النمائية والتي ترتبط بضعف القدرة على الإنتباه أو الإدراك أو حلّ المشكلات أو إكتساب المفاهيم او التذكر فهي تظهر في مرحلة ما قبل المدرسة وبناء على ذلك فهي المشكلات المستهدفة في برامج التدخل المبكر .

الحساسية وصعوبات التعلم

لقد أهتم الأطباء والمربون على مدى سنوات عديدة بمعرفة العلاقة بين الحساسية وصعوبات التعلم . وفي حين يفيد البعض بأن ردود الفعل التحسسية الناتجة عن الأغذية تسبب كلاً من الصعوبات التعلمية والنشاط الزائد يعتقد البعض الأخر أنه لا توجد علاقة في الغالبية العظمى من الحالات . وقد قامت دراسة حديثة بمراجعة البحوث العلمية التي نفذت حول هذه القضية في السنوات السابقة . وتوصلت هذه الدراسة إلى أن الدور الذي تلعبه الحساسية في الصعوبات التعلمية دور معقد يتداخل مع متغيرات أخرى . فمع أن البحوث تشير إلى أن هناك علاقة إرتباطية بين الحساسية وصعوبات التعلم إلا أننا لا نستطيع علمياً أن نقول أن التفسير الوحيد لهذه العلاقة هو أن الحساسية تسبب الصعوبات التعلمية . فلعل متغيرات أخرى غير مفهومة او غير معروفة تسبب كلاً من الحساسية والصعوبات التعلمية . ومثل هذا التفسير لا يمكن تجاهله لأن الأدلة العلمية غير قاطعة . وما زال هناك عدد كبير من الأسئلة التي تبحث عن أجوبة . وربما يكون من أهم تلك الأسئلة والتي ينبغي على

البحوث المستقبلية التصدي للإجابة عنها هو : هل تختلف الحساسية من حيث نسبة إنتشارها والعوامل المسببة لها وشدتها عند الأطفال العاديين عن الأطفال ذوي الصعوبات التعلمية؟ إن الإجابة عن هذا السؤال ستقدم معلومات لا بد منها لتوضيح طبيعة العلاقة بين الحساسية وصعوبات التعلم .

الإعتبارات الخاصة بتعليم الأطفال ذوي الصعوبات التعلمية :

1- إن المجال الرئيسي الذي يتطلب إجراء تعديلات بالنسبة للأطفال ذوي الصعوبات التعلمية هو التعليم الأكاديمي . فهؤلاء الأطفال بحاجة إلى إجراءات تصحيحية (تعليم الطفل المهارات الأكاديمية التي يواجه صعوبات كبيرة فيها) وإجراءات تعويضية (إستبدال الطرق المألوفة بطرق أخرى تتلاءم وطبيعة الاحتياجات الخاصة للطفل) . وبوجه عام ، ينبغي على معلمي الصفوف العادية مراعاة الأمور التالية عند التعامل مع الأطفال ذوي الصعوبات التعلمية (الخطيب والحديدي ، 1994) :

أ- توظيف الحواس القوية والمفضلة لدى الطفل في عملية التدريب .

ب- تشجيع الطفل على المشاركة في تحديد الأنشطة .

ج- تغيير طريقة التدريب في حالة إخفاقها في مساعدة الطفل على إكتساب المهارة المطلوبة ، وإذا لم ينجح ذلك يصبح ضرورياً إستبدال المهارة ذاتها بمهارة أخرى .

د- تزويد الطفل بالفرص الكافية لممارسة ما تعلمه والحرص على الربط بين التعلم السابق والتعلم الحالي .

هـ- الحرص على صوغ أهداف واقعية قابلة للتحقيق .

2- إن بعض الأطفال ذوي الصعوبات التعلمية يحتاجون الى مساعدة خاصة فيما يتعلق بالسلوك في الصف وما يتضمنه ذلك علمياً هو :

أ- الإعلان الصريح والواضح عن التوقعات السلوكية في الصف .

ب- في حالة مخالفة قواعد السلوك الصفي يجب على المعلم تحديد الأنماط السلوكية التي ينبغي تعديلها وصوغ ذلك على هيئة نتاجات سلوكية دقيقة .

ج- إختيار الطريقة المناسبة لتعديل السلوك وجمع المعلومات الصحيحة والموضوعية عن السلوك قبل البدء بإستخدام الطريقة وأثناء تنفيذها وبعد التوقف عنها لتقييم فاعليتها .

4- قضية أخرى تستحق الإهتمام عند التعامل مع الأطفال ذوي الصعوبات التعلمية هي قضية سلوكهم الاجتماعي وتفاعلاتهم مع الآخرين . فتلك قضية هامة حيث أن الأداء الأكاديمي كما هو معروف يرتبط بالنمو الاجتماعي بشكل وثيق . وعليه ينبغي على المعلمين الاهتمام بمعالجة مظاهر العجز في السلوك الاجتماعي والتكيفي وذلك بتصميم برامج مناسبة لتطوير الكفايات الشخصية والاجتماعية للطفل .

تحديد أهلية الاطفال في مرحلة ما قبل المدرسة ممن لديهم عجز عن التعلم او ممن يعتقد أن لديهم عجزاً عن التعلم (*)

سعت هذه الدراسة إلى جمع المعلومات الوصفية حول نظم تحديد الأهلية للخدمات للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة في الولايات المتحدة الأمريكية . وقد بينت النتائج أن النظم المستخدمة تختلف عن تلك المعتمدة لتحديد أهلية الأطفال في سن المدرسة للخدمات التربوية الخاصة . وأشارت النتائج أيضاً إلى اختلاف هائل في النظم المعتمدة من ولاية إلى أخرى . وكان الاختلاف كبيراً جداً خاصة فيما يتعلق بفئة العجز عن التعلم . وكان الفرق الأساسي بين نظم تحديد الأهلية على مستوى ما قبل المدرسة ومستوى المدرسة يرتبط بمعيار التباين (التفاوت) . ففي مرحلة ما قبل

المدرسة يعتمد معيار التباين في الأداء أو التأخر النمائي وليس التباين في القدرة الأكاديمية كما هو الحال بالنسبة للأطفال في سن المدرسة . ولم يوجد فروق ذات أهمية في إستخدام مصطلح العجز عن التعلم او مصطلح التأخر النمائي في مرحلة ما قبل المدرسة في معظم الولايات التي اشتركت في هذه الدراسة .

(*)Snyder. P., Bailey, D., & Auer, C. (1994). Preschool eligibility determination for children with Known or suspected learning disabilities. Journal of Early Intervention, 18 (4), 380-390

الباب الثالث

الكشف المبكر
عن الإعاقة والوقاية منها

الفصل السادس

الكشف المبكر عن الإعاقة

مقدمة:

لقد أصبحت مبررات التدخل المبكر وفاعليته أكثر وضوحاً من أي وقت مضى . والإهتمام ببرامج التدخل المبكر يعكس الإدراك المتزايد لأهمية مرحلة الطفولة المبكرة ودورها في تحديد مسار النمو المستقبلي . كذلك فإن الخبرات والبحوث العلمية في العقود القليلة الماضية بينت بوضوح ان للتدخل المبكر وظائف وقائية هامة ، وإنه ذو جدوى إقتصادية ، وأن له فوائد طويلة المدى بالنسبة لكل من الطفل وأسرته .

وليس من شك في أن الإهتمام المتزايد بتصميم برامج التدخل المبكر وتنفيذها نجم عنه إهتمام مماثل بالكشف المبكر عن حالات الإعاقة والتأخر في النمو فثمة علاقة منطقية بين الكشف المبكر والتدخل المبكر ، إذ كيف يمكن تقديم خدمات التدخل المبكر دون الكشف عن الأطفال المعوقين؟ وبالمثل ، فما الفائدة المرجوة من الكشف المبكر إذا لم تكن هناك برامج للتدخل المبكر؟

الكشف المبكر : المفاهيم الأساسية

يرتبط الكشف المبكر إرتباطاً وثيقاً بالوقاية من الإعاقة . فالكشف المبكر يتطلب تنفيذ حملات توعية واسعة النطاق بغية تشجيع المجتمع على التعرف إلى الأطفال المرشحين لبرامج التدخل المبكر . علاوة على ذلك ، فإن الكشف يسعى الى فرز الأطفال المعوقين ويستهدف الوصول إلى الأطفال المعرضين لخطر الإعاقة على اعتبار أن التدخل المبكر الموجه نحوهم قد يحول دون تفاقم مشكلاتهم وبالتالي الوقاية من حدوث الإعاقة لديهم . وبما أن الكشف المبكر يركز على إستخدام الإختبارات

والمقاييس الصحية والنمائية للتعرف على الاعتلال بعد حدوثه فهو غالباً ما يعامل بوصفه وقاية ثانوية وليس وقاية أولية . ولكن التوجه الحديث نحو تنفيذ برامج التوعية المجتمعية واجراء البحوث من أجل تحديد عوامل الخطر المرتبطة بالإعاقة أصبح يعمل بمثابة حافز لتضمين الوظائف الوقائية الأولية في فعاليات الكشف المبكر (Graham & Scott, 1988) .

لقد كان من الطبيعي ان يقود الإهتمام ببرامج التدخل المبكر إلى تطوير أدوات الكشف المبكر عن التأخر النمائي وحالات الإعاقة حيث بالكشف المبكر يتم تحديد الفئات المستهدفة من برامج التدخل . ولكن التساؤلات حول مصداقية أدوات الكشف المبكر عن الإعاقة وحول الأخطاء التي قد ترتكب في تنفيذ برامج الكشف قد ألقت بظلال من الشك على عمليات التعرف المبكر . فنسبة حدوث الأخطاء سواء ما يتعلق منها بالفشل في التعرف على بعض الأطفال المعوقين (التطمين الخاطئ) أو بتصنيف بعض الأطفال غير المعوقين على أنهم معوقون (التحذير الخاطئ) تشكل مصدر عدم إرتياح . وفي الواقع فإن عدة دراسات بينت أن أدوات الكشف المبكر المتوفرة غالباً ما تفتقر إلى الخصائص السيكومترية التي ينبغي توافرها في المقاييس النفسية والتربوية . علاوة على ذلك ، فإن مجال التدخل المبكر مجال بالغ التعقيد وقد ينطوي بحد ذاته على أخطاء متنوعة في الكشف والتشخيص ، فالفروق الفردية في معدلات النمو وفي طبيعة التغيرات النمائية في مرحلة الطفولة المبكرة تفرض قيوداً قد تحول دون التنبؤ الصادق بالنمو المستقبلي وبالتالي تحديد مدى الحاجة الفعلية الى التدخل المبكر .

ويشير ميزلز (Meiseles , 1991) الى كثرة الإدعاءات وقلة الحقائق المثبتة فيما يتعلق بفاعلية الإختبارات الكشفية . فبعض الأدوات الكشفية كانت تستخدم على نطاق واسع رغم أن البحوث بينت أنها ترتكب الأخطاء وبعض الأساليب الأخرى تم تسويقها بشكل منقطع النظير رغم أنها ليست ذات أساس بحثي رصين ورغم أنها

ذات فائدة محدودة في برامج الكشف المبكر واسعة النطاق . يضاف الى ذلك كله الأعداد الكبيرة من الأدوات الموجهة نحو الأسر والتي أعدت للكشف عن الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة دون أن تقدم أية أدلة علمية لدعمها .

ومن القضايا الهامة التي تشغل المهتمين ببرامج التدخل المبكر القضية المتعلقة بتحديد الأهلية (Eligibility) ومن الواضح أن هذه القضية ترتبط إرتباطاً وثيقاً بالمعايير المعتمدة لإصدار الأحكام المهنية على نوعية الأداء الذي يجب أن يظهره الفرد ليتم إعتباره معوقاً أو متأخراً نمائياً . وقد تمثلت الممارسات في هذا المجال لعقود طويلة في تصنيف حالة الفرد ضمن فئة محددة بناء على إختلاف نموه عما يعتبر نمواً «عادياً» أو «متوسطاً» . وبوجه عام ، فإن الإختلاف عن النمو الطبيعي يتم وصفه إما على هيئة إنحرافات معيارية (Standard Deviations) أو نسبة تأخر (Percentage Delay) على الإختبارات المقننة . ومن الواضح أن لهذه الممارسة أثراً بالغاً وطويل المدى ، فالتشخيص لا يتعلق بالوضع القائم فقط ولكنه يتضمن التنبؤ بالأداء المستقبلي ومثل هذا المنحى في التشخيص والتقييم محفوف بمخاطر بعضها يتصل بإحتمالية سوء توظيف البيانات الإحصائية وبعضها الآخر يتصل بضعف الإختبارات والمقاييس .

ويرى ميزلز (Meisels, 1991) إن المشكلة الرئيسية التي ينطوي عليها إعتماد الإنحرافات المعيارية (والتي تعني توزيع أو إنتشار الدرجات حول المتوسط) تتمثل في مقارنة الإختبارات المختلفة التي قد يكون لها متوسطات مختلفة وإنحرافات معيارية مختلفة أيضاً ، فذلك قد يقود إلى ترشيح أفراد ذوي قدرات متباينة بشكل واسع لبرامج التدخل المبكر . والسبب وراء ذلك هو أن توزيع القدرات قد يتباين حتى عندما تكون المتوسطات متساوية . وفيما يتعلق بإعتماد نسبة التأخر (والتي تشير الى العلاقة بين مستوى أداء الفرد مقاساً بإحدى الإختبارات وعمره الزمني) لتحديد الأهلية فلعل المشكلة أكبر . فهل نسبة تأخر بواقع 25٪ في نمو طفل في السنة الأولى من

عمره تكافئ نسبة تأخر بواقع 25٪ في نمو طفل في الرابعة من عمره؟ وهل الإختبارات المتوفرة تسمح حقاً بهذا التمييز الدقيق جداً؟ يضاف الى ذلك أن كلاً من الإنحرافات المعيارية ونسب التأخر يتم حسابها إعتماداً على مقياس أو أختبار واحد وفي ذلك مخالفة واضحة للأسس التي ينبغي أن يقوم عليها التقييم الجيد .

واستناداً إلى ذلك يقترح ميزلز (Meisels, 1991) تطوير مناهج جديدة لإتخاذ القرارات المتعلقة بالأهلية للخدمات ومثل هذه المناحي يجب ألا تعتمد كلياً على المعايير السيكومترية بل ينبغي أن تولي إهتماماً كافياً بمواطن الضعف ومواطن القوة لدى كل من الفرد وأسرته وكذلك المشكلات التي تتم مواجهتها والموارد المتوفرة .

ونظراً لإفتقار معظم أدوات الكشف المعروفة إلى الخصائص السيكومترية اللازمة كالصدق والثبات (Meisels, 1991) فإن عمليات الكشف المبكر نادراً ما تقتصر على إستخدام الإختبارات الكشفية ولكنها تشتمل على الملاحظة والمقابلة ودراسة الحالة . وعليه فالكشف المبكر ليس نشاطاً ينفذه الإختصاصيون فقط بل ثمة دور لا يستهان به لأولياء الأمور والمتطوعين والمعلمين وغيرهم .

ماهو إختبار أبجار؟

إختبار أبجار (Apgar Evaluation Score) هو إختبار كشفي الهدف منه تقييم الوضع الجسمي للمواليد الجدد . ويعرف الإختبار بهذا الإسم نسبة إلى الدكتورة فرجينيا أبجار التي قامت بتطويره عام 1952 . ويطبق الإختبار على المواليد الجدد مرتين ، مرة بعد دقيقة واحدة من الولادة ومرة بعد خمس دقائق من الولادة . ويستخدم سلم تقدير ثلاثي (صفر ، واحد ، إثنان) لتقييم وضع الطفل في خمسة مجالات وهي : نبضات القلب ، والتنفس ، واللون ، والتوتر العضلي ، والإستجابة للإثارة .

إذا كانت درجة الطفل على الإختبار (9) أو (10) فذلك يعني أنه بخير . أما إذا

كانت درجته (4) أو أقل فالطفل ليس بخير ويحتاج الى تدخل فوري وربما يتطلب الأمر إتخاذ إجراءات طبية لإنقاذ حياته . ويجب التنويه هنا إلى أن إنخفاض الدرجة بعد خمس دقائق من الولادة أكثر خطورة من إنخفاضها بعد دقيقة واحدة من الولادة . فإنخفاضها بعد خمس أو عشر دقائق قد يعني أن الطفل معرض للخطر مستقبلاً بمعنى إنه ربما يكون قد حصل لديه نقص في الأكسجين ومن المعروف أن مثل هذا النقص قد يقود إلى اضطراب عصبي مزمن .

نظم الكشف المبكر

غالباً ما ينصب الإهتمام في البرامج الكشفية على واحد أو أكثر من المجالات التالية :

أ- البصر ب- السمع ج- التواصل

د- الوضع الصحي هـ- النمو العام

وبوجه عام ، فإن أي إجراء يقود إلى التعرف على الأطفال الذين يتوقع أن يكون لديه حاجات تربوية خاصة هو تعريفاً إجراء كشفي . وعلى أي حال فالبرامج الكشفية غالباً ما تستند إلى الإجراءات التالية :

1- الإحالة بمبادرة الوالدين .

2- الملاحظة المنتظمة للمعلمين .

3- الملاحظات المنزلية .

4- رصد عوامل الخطر الطبية .

5- رصد عوامل الخطر الديمغرافية .

ويبين الجدول رقم (6-1) حسنات وسيئات كل إجراء من هذه الإجراءات .

الجدول رقم (6-1) حسنات وسيئات الإجراءات الكشفية المختلفة

الإجراء الكشفي	حسناته	سيئاته
ملاحظة المعلمين للأطفال بشكل منتظم	غير مكلف ، يحدث في الحضانات ورياض الأطفال ، لا يتطلب معدات وأدوات خاصة ، ذو علاقة بالخطط التربوية والعلاجية .	لا يمكن تطبيقه على الأطفال الملتحقين ببرامج الطفولة المبكرة .
قيام الآباء والأمهات بإحالة الأطفال	يستخدم منحى بيئياً ، غير مكلف ، ذو علاقة بالبرمجة التربوية والعلاجية	يتعذر تنفيذه دون وعي الوالدين
الاختيار تبعاً لعلامات الخطر الديمغرافية	غير مكلف	يستثني الأطفال الذين لا تنطبق عليهم علامات الخطر ، وقد يقود إلى التعرف على عدد كبير من الأطفال بطريقة الخطأ .
استخدام الاختبارات الكشفية المقننة	يسمح بتحديد بعض الحاجات التربوية الخاصة (كالاضطرابات الطبية مثلاً)	مكلف ، قد يكون غير موثوق ، لا يساعد في البرمجة التربوية .
الملاحظة المنزلية	يستخدم منحى بيئياً ، يساعد في التعرف على الأطفال الذين يتعذر الوصول إليهم بأساليب أخرى	مكلف ، يستغرق وقتاً وجهداً
الاختيار تبعاً لعلامات الخطر الطبية	يساعد في التعرف مبكراً على الأطفال	قد يخفق في التعرف على الأطفال الذين لا ترتبط مشكلاتهم بالعوامل الطبية ، وقد لا يفيد في البرمجة التربوية .

ولكن كيف يتم تحديد الفئات المستهدفة من البرامج الكشفية؟ إن الإجابة عن هذا السؤال ليست سهلة فهي تتحدد في ضوء الأهداف المرجوة من الكشف ، والمصادر والإمكانيات المتاحة في المجتمع المحلي . وبوجه عام ، غالباً ما توجه الجهود الكشفية نحو الفئات الرئيسية التالية :

1- الكشف عن جميع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين يوم واحد وخمس سنوات .وينفذ هذا الإجراء عادة في موقع مركزي او في مواقع عديدة في المجتمع .

2- الكشف عن الأطفال من فئات عمرية معينة (مثلاً : الأطفال من يوم واحد إلى 18 شهراً ، أو أطفال الروضة ، وهكذا) . إن هذا الإجراء يقود إلى التركيز على فئات بعينها ولكنه في الوقت ذاته لا يغفل الفئات الأخرى .

3- الكشف عن الأطفال في منطقة جغرافية محددة .

4- الكشف عن الأطفال الذين يتم إحالتهم من قبل :

أ- المؤسسات

ب- المعلمين

ج- أولياء الأمور

أشكال التقييم

تأخذ النشاطات التقييمية ثلاثة أشكال رئيسية وهي الكشف والتقييم التشخيصي والتقييم من أجل التخطيط للبرامج . بالنسبة للجهود المتصلة بإكتشاف الأطفال المعوقين أو المعرضين لخطر الإعاقة فهي بداية تتمثل بالوصول إليهم (Child Find) وذلك يشمل توعية الناس عموماً بمبررات برامج التدخل المبكر و توضيح عوامل الخطر التي تهدد نمو الأطفال ، وهذه النشاطات عموماً تحاول زيادة وعي الناس وتشجيع استخدام خدمات التدخل المبكر ، والعمل بمثابة مصدر للمعلومات يهيء الفرص للإحالة لبرامج الكشف والتعرف المبكر . ويشير الكشف النمائي والصحي (Developmental & Health Screening) إلى النشاطات الموجهة نحو تحديد الأطفال الذين لديهم احتمالات كبيرة لأن يظهروا خصائص نمائية غير عادية أو تأخراً في النمو وذلك في أسرع وقت ممكن . والاختبارات الكشفية التي تستخدم لكشف

اعداد كبيرة من الأطفال يجب أن تكون قصيرة وفاعله وغير مكلفة ودرجاتها تحدد بطريقة موضوعية وتتصف بالثبات والصدق وغير متحيزة ثقافياً وتغطي جوانب النمو المختلفة . وقد تختلف الأساليب المستخدمة لكشف عوامل الخطر البيئية والأسرية عن ذلك من حيث بعض الخصائص .

أما مصطلح التقييم فهو غالباً ما يشمل نوعين محددين من النشاطات وهما التقييم التشخيصي والتقييم البرامجي . بالنسبة للتقييم التشخيصي فهو يستخدم للتحقق من وجود حاجات خاصة لدى الطفل ، وتحديد طبيعة وخصائص مشكلات الطفل ، وتحديد الأسباب المحتملة للمشكلات ، واقتراح الاستراتيجيات العلاجية الممكنة . ويجب استخدام اختبارات التقييم الرسمية من قبل أعضاء الفريق متعدد التخصصات وبمشاركة الوالدين بوصفهما مصدراً للمعلومات التقييمية وهدفاً محتملاً للتدخل العلاجي .

وأما التقييم من أجل تخطيط البرنامج الفردي فهو يتم بعد اتخاذ القرار الأولي ببدء خدمات التدخل المبكر . وفي العادة يستند هذا التقييم الى الاختبارات محكية المرجع (Criterion Referenced Tests) والتي تركز على مدى اتقان الطفل لمهارات معينة وليس على مقارنة أداء الطفل بأداء مجموعات معيارية .

الجدول رقم (6-3)

تعريفات الكشف والتشخيص والتقييم

نوع النشاط	التعريف
الكشف Screening	إجراء تقويمي موجز يطبق على مجموعات كبيرة من الأطفال بهدف التعرف الى الذين يحتاجون منهم الى تقييم إضافي معمق .
التشخيص Diagnosis	إجراء تقويمي معمق وتفصيلي يطبق على الأطفال الذين تم الاشتباه بنموهم أثناء عملية الكشف . والهدف من ذلك هو تحديد ما إذا كان لدى الطفل حاجات خاصة أم لا ، وفي حالة وجودها تحديد طبيعتها ومداها وأسبابها إذا كان ذلك متيسراً واقتراح إجراءات التدخل المناسبة .
التقييم Evaluation	وهو عملية جمع المعلومات لتحديد مستوى التطور الحالي للطفل وبالتالي اختيار الأهداف التي يتوخى تحقيقها . كذلك فالتقييم يشمل المتابعة المستمرة لتغير أداء الطفل والاطلاع على مدى التقدم الذي يحرزه بفعل التدخل العلاجي والتربوي وذلك يساعد في تعديل الأهداف والاستراتيجيات التعليمية والتدريبية إذا اقتضت الحاجة ذلك .

العلامات التحذيرية المبكرة

لعل استعراض أهم العلامات المبكرة للاحتياجات الخاصة يسهم في تفعيل دور المعلمين فيها يتعلق بالتعرف المبكر . وعليه فإن هذا الجزء يستعرض هذه العلامات .

العلامات المبكرة للضعف في المنتصف

* إدارة الأذن أو الرأس نحو المتكلم

* عدم الانتباه

* عدم الامتثال للتعليمات اللفظية وخاصة في الأوضاع الجماعية

* عدم ملاءمة الاستجابات الصادرة عن الطفل

* التركيز المبالغ فيه على وجه أو فم المتكلم

* المشكلات الكلامية

* طلب إعادة ما يقال

* السلوك الانسحابي

* إفرازات الأذن

* التنفس من الفم

* الألم أو الرنين في الأذن

* التهاب الأذن بشكل متكرر

* التهاب الحلق واللوزتين بشكل متكرر

* استخدام القطن في الأذن بشكل متكرر

العلامات المبكرة للضعف البصري :

* الانزعاج من الإضاءة بشكل ملفت للنظر

* مواجهة صعوبات كبيرة في التنقل في الأماكن غير المألوفة

* إظهار تعبيرات وجهية ولغة جسمية تنم عن عدم الارتياح والتشتت عند ممارسة أنشطة بإستخدام السبورة .

* الطلب بشكل متكرر من الزملاء في الصف او من المعلم ان يفسروا ما يحدث .

* فرك العينين بشكل ملفت للنظر

* الدّماع المفرط

* احمرار الجفون وانتفاخها

* إغلاق العينين وفتحهما بشكل متكرر

* تغطية إحدى العينين أو إغلاقها بشكل متكرر

* ازدواجية الرؤية

* عدم القدرة على القراءة أو تأدية الأعمال البصرية القريبة

العلامات المبكرة للضعف الحركي/ الجسمي :

* التغيرات المفاجئة او التدريجية في الصحة العامة للطفل

* الشعور بالتعب والإرهاق المفرط بعد تأدية الأنشطة الجسمية

* تجنب القيام بالأنشطة الجسمية

* ضيق التنفس عند بذل مجهود جسمي بسيط نسبياً

* الشكوى من الغثيان او الصداع او الدوار او التعرق او الجوع او العطش بشكل مبالغ فيه

* السعال او العطاس وردود الفعل التحسسية الأخرى المعروفة

* إظهار أوضاع حركية وجسمية غير عادية

* حدوث نوبات الإغماء وفقدان الوعي

* الشكوى من الألم في العضلات او المفاصل والأجزاء الأخرى في الجهات الحركي

العلامات المبكرة للصعوبات التعليمية :

* السلوك الاندفاعي التهوري

* النشاط الزائد أو الخمول المفرط

* الافتقار الى مهارات التنظيم

* عدم المثابرة

* الصعوبات الإدراكية البصرية

* الارتباك

* التشتت

* العجز عن الانتباه

* عدم القدرة على حل المشكلات

* عدم القدرة على التذكر

* عدم القدرة على القراءة

* قلب الحروف والأرقام والخلط بينها

* صعوبات كبيرة في الحساب

* الافتقار الى المهارات الحركية الدقيقة

* عدم القدرة على استيعاب التعليمات

العلامات المبكرة للاضطرابات السلوكية :

* عدم الثقة بالنفس

* عدم القدرة على بناء العلاقات الاجتماعية المناسبة مع الأقران والوالدين والمعلمين

* تدني مستوى التحصيل الاكاديمي

* تباين السلوك من وقت إلى آخر

* الإنسحاب الاجتماعي

* العدوانية المفرطة

* نوبات الغضب

* النشاط الجسمي المفرط

* عدم القدرة على التركيز والانتباه

* عدم إدراك نتائج الافعال

* إظهار أنماط سلوكية غير هادفة بشكل متكرر

العلامات المبكرة للصعوبات الكلامية واللغوية :

* التكلم بطريقة غير مفهومة

* التكلم بطريقة ملفتة للنظر بشكل سلبي

* ظهور إيماءات جسمية غريبة عند التكلم

* معاناة الطفل عندما يتكلم

* عدم قدرة الطفل على التعبير كلامياً أو استيعاب ما يقال له

* حذف بعض الأصوات عند التكلم

* استبدال الأصوات عند الكلام

* التكلم بطريقة سريعة جداً او بطيئة جداً

* الكلام الأنفي او المرتفع جداً او المنخفض جداً

* شعور الطفل بالإحراج عندما يتكلم

العلامات المبكرة للصعوبات العقلية البسيطة :

* بطء معدل التعلم بشكل ملحوظ

* التأخر في معظم مجالات النمو

* تدني مستوى التحصيل

* عدم التمتع بالكفاية الاجتماعية

* التأخر اللغوي الملحوظ

* عدم القدرة على تعميم المهارات ونقل أثر التعلم

* الحاجة الى التكرار المبالغ فيه

* عدم القدرة على التركيز

* عدم الانتباه

الوضع الراهن للكشف المبكر

لقد أصبح ممكناً في الأونة الأخيرة الكشف عن عدة اضطرابات لدى الأطفال حديثي الولادة وذلك من خلال سحب عينات من الدم وتحليلها . ومن تلك الاضطرابات مثلاً قصور الغدة الدرقية الولادي واضطراب الفينل كيتون يوريا المعروف اختصاراً بـ (PKU) . وجدير بالذكر ان التعرف المبكر على مثل هذه الحالات المرضية ومعالجتها قبل حدوث تلف من الدماغ يمنع حدوث التخلف العقلي .

كذلك فإن الإنجازات التي حققها علم الوراثة مؤخراً قد جعلت الإرشاد الوراثي أداة فاعله للكشف المبكر عن حالات الإعاقة . هذا الإرشاد يوجه أساساً نحو الأفراد وأولياء الأمور الأكثر عرضه لإنجاب أطفال معوقين . ليس ذلك فحسب ، بل ان العلوم الطبية أصبحت قادرة على الكشف عن بعض الاضطرابات لدى الجنين وذلك من

خــلال فــحـص الـسـائـل الامـنـيـوسـي(Amniocentesis) . والـتـصـويـر بالأشـعـة (Radiography) والتصوير بالموجات فوق الصوتية (Ultrasonography) وفي مجال الكشف الصحي المبكر ، فثمة تأكيد على الحاجة الى تنفيذ حملات الكشف السريع عن الضعف السمعي والضعف البصري والضعف التعلمي . ولكي تكون تلك الحملات واسعة النطاق فلا بد من تعاون كل الجهات ذات العلاقة وخاصة وزارات الصحة وإدارات الصحة المدرسية والمراكز والمنظمات الحكومية وغير الحكومية .

ومن الإجراءات المعروفة لتحديد الأطفال الذين قد يكونون بحاجة إلى خدمات التدخل المبكر الإجراء المعروف بالكشف العام الشامل(Sweep Screening) . ويشتمل هذا النوع من الكشف على الفحوص الصحية (السمعية والبصرية) والنمائية (التحصيلية والذكائية) . وتتمثل الخطوة الأولى في الكشف العام بتحديد نوع الكشف الذي سيتم إجراؤه . وفي هذا الصدد فإن إجراءات الكشف السمعي والبصري معروفة ومقننة . فغالباً ما يقوم طبيب المدرسة او الممرضة بفحص حدة البصر بإستخدام لوحة سنلن وفحص السمع للكشف عن النقص في سمع النغمات ذات الذبذبات العالية والمنخفضة من مستويات شدة عادية . وهذه الفحوص تجرى على جميع الأطفال في سن المدرسة ويعاد تطبيقها سنوياً . وبالنسبة للكشف النمائي العام فإنه قد يشمل تطبيق اختبارات ذكاء وتحصيل متنوعة تتقرر في ضوء الواقع التربوي- النفسي المحلي .

وتتمثل الخطوة الثانية في الكشف العام بإحالة الأطفال الذين تبين من الكشف أنهم يعانون من ضعف حسي أو تعلمي . وتتم الإحالة الى الاخصائيين بالتعاون مع أولياء الأمور وبموافقتهم . وعلى أي حال ، فالبرامج الكشفية ليست دون أخطاء . فقد بينت عشرات الدراسات ان هذه البرامج قد تخفق في التعرف على الأطفال المعوقين أو التخمين بان الاطفال العاديين أطفال معوقون .

ويرتكب النوع الأول من الخطأ (اعتبار الطفل المعوق طفلاً عادياً) عندما تكون الإعاقة بسيطة او عندما تكون أدوات الكشف مفرطة في تسامحها . أما النوع الثاني من الخطأ (اعتبار الطفل العادي طفلاً معوقاً) فيرتكب عندما تكون الأدوات الكشفية مفرطة في تشددها . وقد يحدث كلا النوعين من الخطأ عندما يفتقر الفريق الكشفي الى الخبرة والتدريب (Wachs & Shechan, 1988) ومن المشكلات الحقيقية المرتبطة بالكشف أنه كثيراً ما يأتي متأخراً من جهة أو أنه لا يتبع بخدمات مناسبة وفعاله . وهذان النوعان من المشكلات شائعان في الدول العربية .

وفي ضوء ذلك ، فإن عمليات الكشف يجب أن تقوم على جملة من المبادئ الأساسية . وقد لخص ميزلز وبروفنس (Meisles & Provence 1989) . هذه المبادئ على النحو التالي :

1- يجب التعامل مع الكشف والتقييم بوصفهما خدمات بحد ذاتهما وكجزء من الجهود التعليمية والتأهيلية وليس كمجرد وسائل للتعرف والقياس .

2- يجب أن تستخدم إجراءات الكشف والتقييم للأهداف والغايات المحددة التي طورت من أجلها فقط .

3- يجب أن تشتمل عمليات الكشف والتقييم على مصادر متعددة للمعلومات .

4- يجب أن ينفذ الكشف النمائي والصحي دورياً ، فلا يكفي أن يكشف عن الأطفال في سنوات العمر المبكر لمرة واحدة فقط . وبالمثل ، ينبغي اتخاذ التدابير لإعادة التقييم بعد الشروع في تقديم الخدمات للأطفال الذين تم التعرف إليهم .

5- يجب النظر الى الكشف النمائي والصحي بإعتباره وسيلة واحدة من عدة وسائل يمكن الوصول من خلالها الى تقييم معمق وشامل .

6- يجب أن تتمتع إجراءات الكشف والتقييم بدلالات صدق وثبات كافية .

7- يجب أن يشترك أفراد الأسرة في عمليات الكشف والتقييم بشكل فعال .

8- يجب أن تكون جميع الاختبارات والإجراءات والعمليات التقييمية والكشفية عادلة ثقافياً وتخلو من التحيز لأي سبب من الأسباب .

9- يجب أن تكون المهارات التي يتم تقييمها والأوضاع التي تنفذ فيها عمليات التقييم مألوفة ووظيفية بالنسبة لكل من الأطفال وأسرهم .

10- يجب أن يحصل الاشخاص الذين توكل إليهم مهمات الكشف عن الأطفال الصغار في السن وتقييمهم على تدريب مكثف وشامل .

التوجهات الحديثة

خلافاً لما كان سائداً في الماضي ، فالتربية الخاصة المبكرة في الوقت الراهن تركز على إستخدام مقاييس متنوعة والاعتماد على مصادر متعددة للمعلومات . ومثل هذا التوجه لم ينشأ من فراغ ولكنه جاء كمحصلة لإدراك الباحثين والممارسين للمخاطر والأخطاء المحتملة التي قد ينطوي عليها الإعتماد الكلي على مقياس واحد (Neisworth & Bagnato, 1992) .

وتولي الأدبيات التربوية الخاصة المعاصرة إهتماماً كبيراً بمشاركة الأسرة في كافة مراحل العمليات التربوية والتأهيلية المنفذة لتعليم وتدريب الأفراد المعاقين بما في ذلك التقييم بأشكاله المختلفة . فالتقييم عملية تشاركية يتعاون فيها فريق متعدد التخصصات والأسرة والفرد المعوق نفسه طالما لم يكن هناك سبب حقيقي يمنع مشاركته .

كذلك تحرص الأدبيات الحديثة على لفت أنظار الممارسين في ميدان التربية الخاصة إلى الإعتبارات التي تجعل تقييم الأفراد المعوقين عملية محفوفة بالمخاطر . وعلى وجه التحديد ، تشجع هذه الأدبيات الإختصاصيين على الإلتزام بإستخدام الاختبارات بطريقة مناسبة وغير متحيزة وتحذر من المخاطر المحتملة لتطبيق الاختبارات المقننة فقط وتطبيقها على أيدي كوادر غير مؤهلة أو الخروج بتعميمات واستنتاجات

لا تستند إلى أسس قوية . وإدراكاً منه لهذا الواقع ، يقترح ميزلز (Misels, 1991) إيلاء القضايا التالية إهتماماً كافياً في السنوات القادمة :

(1) الوقاية :

يجب توسيع مفهوم الكشف ليشمل الجهود الوقائية . فمن خلال التركيز على مصادر الخطر المتعددة وعلى العوامل الإجتماعية والأسرية المرتبطة بالإعاقة ، يمكننا توقع زيادة مستوى وعي مقدمي الخدمات بتلك العوامل التي قد تجعل الأطفال عرضة للمخاطر . عندئذ تصبح مهمة نظام الكشف المبكر تقديم المساعدة لهذه الأسر قبل أن تتحول عوامل الخطر إلى إعاقة نمائية لدى الطفل .

(2) الأهلية :

يجب تطوير مناح جديدة لتحديد معايير الاهلية بوضوح وبدقة ، فلا يجوز الإعتماد على معايير سيكومترية غير موثوقة . فبدلاً من الإنحرافات المعيارية ، من الأفضل إعتماد نظام وظيفي يصف مواطن الضعف ومواطن القوة بشكل شامل .

(3) الصدق والثبات :

بالرغم من عدم قدرة أي اختبار بمفرده على التصدي لكافة تحديات الكشف المبكر ، إلا أنه من المفيد توفر بيانات سيكومترية مباشرة للتحليل فهناك حاجة إلى المزيد من الاختبارات الكشفية للنمو في الطفولة المبكرة التي تتمتع بالصدق والثبات لكي يصبح بمقدور الاختصاصيين استخدام الكشف والتقييم المقنن بدقة أكثر .

(4) البيانات العيادية :

يجب ألا يعتمد الكشف المبكر على البيانات الكمية فقط ، فمن الأهمية بمكان الإهتمام بالبيانات العيادية وبخاصة تلك التي تؤخذ من الأسرة في عملية الكشف . ومثل هذه البيانات يجب أن تؤخذ بالحسبان عند تطوير البرنامج التربوي الفردي .

(5) **أنماط التفاعل بين الوالدين والطفل :**

لقد بينت البحوث أن نوعية التفاعلات بين الوالدين والطفل تترك أثراً بالغاً على نمو الطفل وتطوره ، ومع ذلك فإن معظم الأساليب المستخدمة لتقييم التفاعلات هذه تستغرق الوقت وتتطلب الجهد . وهذا المجال بحاجة الى المزيد من البحوث العلمية .

(6) **وظائف الأسرة :**

إن من النتائج المهمة للبحوث التي أجريت في العقدين السابقين أن كيفية تأدية الأسرة لدورها يترك تأثيرات بالغة على نمو الأطفال الصغار في السن . إلا أن إختبارات قليلة جداً طورت لتقييم الأسر ، وهذا المجال بحاجة إلى المزيد من الدراسات .

(7) **تقييم البيئة :**

إن بيئة الطفل قد حظيت بإهتمام الباحثين ، ومع ذلك فإنه لا يتوفر إلا إختبارات محدودة لتقييم البيئة . وهناك حاجة لتطوير مثل هذه الإختبارات لكي يتسنى للمهتمين تقييم الأسر من خلفيات إقتصادية وإجتماعية متباينة .

(8) **إعادة التقنين :**

إن معظم الإختبارات المصممة لأغراض الكشف قد قننت بالأصل على مجموعات عادية ، ومن الضروري إعادة تقنين بعض الإختبارات على مجموعات لديها إعاقة لكي يصبح صدق هذه الإختبارات بالنسبة لها معروفاً .

(9) **التدريب :**

كثيراً ما يتم الإهتمام بتطوير الإختبارات أو إختيارها وليس بالتدريب والإشراف على تطبيق الإختبارات . وهذا صحيح خاصة فيما يتعلق بالكشف واسع النطاق والذي غالباً ما يقوم بتطبيقه غير الإختصاصيين . وهناك بالتأكيد دور لغير

الإخـتـصـاصـيـين في عـمـليـة الـكـشـف المبكـر ولكـن يجـب إعطاء الأولوية للـتـدريـب والإشراف فذلك يشكل عنصراً حيوياً يكفل تحقيق الأهداف المرجوة .

(10) البيانات الطولية :

يجب جمع البيانات طويلة المدى فهي تساعد في تصميم وإختيار محكات أكثر دقة ليتم إستخدامها للتنبؤ والوقاية والتدخل المبكر .

ملحق بأسماء بعض أدوات الكشف المبكر

اسم المقياس بالعربيــــة : الملف النمائي

اسم المقياس بالإنجليزية : Developmental Profile

الناشــــــر : Western Psychological Service, 12031 Wilshire Blvd, Los Angeles, CA 90025 U.S.A

وصف المقياس :

يقـيـم قـدرات الاطـفـال الـنـمـائـيـة في المجـالات الحـركـيـة والـعـنـايـة بـالـذات والـنـمـو الإجتماعي والأكاديمي واللغوي بإستخدام الملاحظة المباشرة والمقابلة . الإختبار مناسب للكشف عن مجموعات كبيرة من الأطفال في فترات قصيرة (يستغرق تطبيقه 20-40 دقيقة) . يساعد في تطوير الخطط التعليمية الفردية وفي تقييم فاعلية البرامج أيضاً .

الفئة العمرية : منذ الولادة -9 سنوات .

مـجـال الـنـمـو : الـنـمـو الجـسـمـي والـعـنـايـة بـالـذات والـنـمـو الـلـغـوي والأكـاديمي والإجتماعي .

إسم المقياس بالعربيــــة : إختبار المهام النمائية للإستعداد لمرحلة الروضة .

إسم المقياس بالإنجليزية : Developmental Tasks for Kindergarten Readiness (DTKR)

الناشـــــر : Slosson Educational Publications P.O. Box 280 East Aurora, NY U.S.A 14052

وصف المقياس :

إختبار كشفي يضم (12) إختباراً فرعياً تغطي جوانب النمو اللغوي والنمو البصري – الحركي والنمو المعرفي والنمو الإجتماعي . الهدف منه هو تقييم الأطفال قبل دخولهم الروضة لتحديد مواطن الضعف ومواطن القوة للتنبؤ بإحتمالات النجاح في المدرسة .

الفئة العمرية : (6 ، 4-6) سنوات .

مجال النمو : النمو اللغوي والحركي- البصري والإجتماعي والمعرفي .

إسم المقياس بالعربيـــــة : أداة رايلي للكشف عن النمو في مرحلة ما قبل المدرسة .

إسم المقياس بالإنجليزية : Riley Preschool Developmental Screening Inventory

الناشـــــر : Western Psychological Service, 12031 Wilshire Blvd, Los Angeles, CA 90025 U.S.A

وصف المقياس :

إختبار يهدف الى الكشف عن الأطفال في سن ما قبل الروضة والصف الأول الذين يتوقع أنهم بحاجة الى مساعدة خاصة للتكيف مع الحياة المدرسية ومتطلباتها ، يمكن تطبيقه فردياً أو على مجموعات من الأطفال .

الفئة العمرية : (4-6) سنوات .

مجال النمو : التكيف المدرسي .

إسم المقياس بالعربيـــــة : مقاييس روكفورد لتقييم نمو الرضيع .

إسم المقياس بالإنجليزية : Rockford Infant Developmental Evaluation Scales (RIDES)

الناشر: Scholastic Testing Service, 480 Meyer Road, P.O. Box 1056, Bensonvill, IL 80106

وصف المقياس :

قائمة شطب كشفية تتضمن العديد من الفقرات التي تغطي أبعاد النمو التالية : النمو الشخصي ، الإجتماعي ، والعناية بالذات ، والنمو الحركي الدقيق ، والنمو الحركي الكبير ، والنمو اللغوي الإستقبالي والاستيعابي . تعرض البيانات في رسومات بيانية توضح مستوى نمو الطفل .

الفئة العمرية : الولادة -4 سنوات .

مجال النمو : النمو اعام .

إسم المقياس بالعربيـــة : الإختبار النمائي للتكامل البصري- الحركي .

إسم المقياس بالإنجليزية : Developmental Test of Visual Motor Intergration

الناشر: Follett Publishing Company, 1010 West Washington Bvd. Chicago, IL 60607 U.S.A

وصف المقياس :

إختبار كشفي يسمح بتحديد القدرات البصرية الحركية يستخدم أسلوب نسخ الأشكال ، تتحول الدرجات التي يحصل عليها الطفل الى عمر بصري – حركي .

الفئة العمرية : 3سنوات وأكثر .

مجال النمو : الأداء البصري – الحركي .

إسم المقياس بالعربيـــة : مقياس الكشف المبكر

إسم المقياس بالإنجليزية : Early Screening Inventory

الناشر : Teachers College Press, P.O Box 400, Manchester, CT 06040 U.S.A

وصف المقياس :

إختبار يقيم قدرات الطفل في مجالات النمو البصري الحركي ، والنمو اللغوي المعرفي ، والوعي الحركي الكبير والوعي الجسمي . يحدد الإختبار ما إذا كان الطفل عادياً أم بحاجة إلى إحالة .

الفئة العمرية : (4 - 6) سنوات .

مجال النمو : الحركة ، واللغة ، والإدراك .

إسم المقياس بالعربيـــة : بروفايل الكشف المبكر

إسم المقياس بالإنجليزية : Early Screening Profiles

الناشـــــر : American Guidance Service, Publisher's Building, P.O. Box 99,

Circle Pines, MN 55014-1796 U.S.A

وصف المقياس :

إختبار كشفي يهدف الى التعرف على الأطفال الموهوبين والأطفال الذين قد يعانون من التأخر . يتضمن ثلاثة مقاييس فرعية هي المقياس المعرفي / اللغوي ، والحركي ، والإجتماعي/ العناية بالذات . ويوفر الإختبار أيضاً معلومات عن سلوك الطفل ، وتاريخه الصحي ، وبيئته الأسرية ، وقدراته اللفظية .

الفئة العمرية : (2 - 7) سنوات .

مجال النمو : النمو العام

إسم المقياس بالعربيـــة : إختبار «سي أي أل ف» الكشفي .

إسم المقياس بالإنجليزية : CELF Screening test

الناشـــر : Psychological Corporation, Harcourt Brace Jovanovich, 555 Academic Court, San Antonio, TX 78204-0952 U.S.A

وصف المقياس :

إختبار كشفي سريع يستغرق تطبيقه عشر دقائق أو أقل . يهدف الى التعرف على المشكلات اللغوية التي يعاني منها الأطفال والى تحديد الأطفال الذين يحتاجون الى تقييم تشخيصي شامل .

الفئة العمرية :(5 - 16) سنة .

مجال النمو : اللغة .

إسم المقياس بالعربيـــة : مقياس القلق لدى الأطفال

إسم المقياس بالإنجليزية : Anxiety Scale For Childern

الناشر: Western Psychological Service, 12031 Wilshire Blvd, Los Angeles, CA: 90025 U.S.A

وصف المقياس :

إختبار كشفي جمعي يهدف الى التعرف على الأطفال الذين يعانون من إضطرابات نفسية أو سلوكية ناجمة عن القلق .

الفئة العمرية :(5 - 12) سنة .

مجال النمو : الإنفعالي .

إسم المقياس بالعربيـــة : إختبار دنفر للكشف النمائي .

إسم المقياس بالإنجليزية : Denver Developmental Screening Test

الناشــر: LADOCA Publishing, 5100 Lincoln Street, Denver, Co 80216 U.S.A

وصف المقياس :

إختبار يكشف عن التأخر في ثلاثة مجالات هي : النمو الإجتماعي – الشخصي ، والنمو الحركي الدقيق / اللغة التكيفية ، والنمو الحركي الكبير . تصنف إستجابات الطفل إلى : طبيعية ، غير واضحة ، أو دون المتوسط . من السهل تطبيق الإختبار ويرافق الإختبار أدوات متنوعة .

الفئة العمرية : منذ الولادة وحتى 6 سنوات .

مجال النمو : النمو الشخصي / الإجتماعي والنمو الحركي .

إسم المقياس بالعربيــــة : مقياس الأنشطة النمائية الكشفي .

إسم المقياس بالإنجليزية : Developmental Activities Screening Inventory

الناشــــر : Pro-ed, 5341 Industrial Oaks Blvd. Austin, TX 78735-8898

وصف المقياس :

إختبار كشفي يقوم المعلم أو الأخصائي النفسي بتطبيقه ويتضمن عرض الفقرات بصرياً أو لفظياً . يقيس المهارات الحسية والتذكر والتسلسل والتعليل والعلاقات السببية . يمكن تطبيــقه على الأطفال المعوقين بصرياً . يقدم دليل الإختبار إقتراحات حول إستراتيجيات التدخل العلاجي في ضوء التقييم .

الفئة العمرية : منذ الولادة –5 سنوات .

مجال النمو : المهارات الحسية والمهارات المعرفية .

إسم المقياس بالعربيــــة : المؤشرات النمائية لتقييم التعلم – المنقح .

إسم المقياس بالإنجليزية : Developmental Indicators for the Assessment of Learning

الناشـــر : American Guidance Service, publisher's Building, P.O. Box 99, Circle Pines, MN 55014-1796 U.S.A

وصف المقياس :

إختبار يهدف الى الكشف عن القدرات الحركية والمفهومية واللغوية وذلك من اجل تحديد الأطفال الذين يعانون من مشكلات تعلمية . يمكن توظيف الدرجات من أجل تحديد حاجة الطفل للمعالجة .

الفئة العمرية : (2 - 6) سنوات .

مجال النمو : النمو الحركي والمفهومي واللغوي .

إسم المقياس بالعربية : مقياس المهارات المدرسية الأساسية .

إسم المقياس بالإنجليزية : Basic School Skills Inventory

الناشـــر : Pro-Ed, 5341 Industrial Oaks Blvd, Austin, TX 78735-8898, U.S.A

وصف المقياس :

إختبار كشفي يهدف الى الكشف عن الأطفال المعرضين للإخفاق في المدرسة . وهو إختبار يستغرق تطبيقه حوالي ثماني دقائق .

الفئة العمرية : (4 - 7) سنوات .

مجال النمو : الإستعداد

إسم المقياس بالعربية : مقياس براكن للمفاهيم الأساسية .

إسم المقياس بالإنجليزية : Bracken Basic Concept scale

الناشر : Psychological Corporation, Harcourt Brace Jovanovich, 555 Academic Court, San Antonio, TX 78204-0952 U.S.A

وصف المقياس :

إختبار كشفي موجز يتوفر في صورتين . يهدف أساساً الى التعرف على أطفال الروضة والأطفال في الصف الأول الابتدائي الذين يحتاجون الى تشخيص شمولي أكثر . إنه إختبار فردي ويمكن تطبيقه على مجموعات صغيرة من الأطفال .

الفئة العمرية : (2،6 - 8) سنوات .

مجال النمو : التطور المفهومي .

إسم المقياس بالعربية : مقياس بريجانس للروضة والصف الأول .

إسم المقياس بالإنجليزية : Brigance K & I Screen

الناشر : Curriculum Associates, 5 Esquire Road, North Billerica, MA 01862-2589.U.S.A

وصف المقياس :

إختبار محكي المرجع تم تطويره لتقييم قدرات أطفال الروضة والصف الأول الابتدائي . يغطي المهارات التعليمية المبكرة الأساسية (مثل التعرف على الألوان والعد والمفردات الصورية) . يساعد في التعرف على الأطفال الذين يحتاجون الى تقييم إضافي ويمكن إستخدامه للتخطيط للبرامج .

الفئة العمرية :(5 - 7) سنوات .

مجال النمو : الإستعداد .

إسم المقياس بالعربيـــة : مقياس باتل النمائي .

إسم المقياس بالإنجليزية : Battelle Developmental Inventory

الناشـــر: DLM/ Teaching Resources, P.O. Box 4000 One, One DLM Park:
Allen, TX 75002, U.S.A

وصف المقياس :

إختبار كشفي يشتمل العديد من الفقرات بواقع فقرتين في كل مجال من مجالات النمو الرئيسية بفواصل زمنية قدرها ستة شهور في أول سنتين وإثني عشر شهراً للعمر من (3-8) سنوات . ويعطي الإختبار درجة لكل مجال من مجال النمو ودرجة للمقياس الكلي .

الفئة العمرية : من الولادة -8سنوات .

مجال النمو : النمو العام .

إسم المقياس بالعربيـــة : الإختبار الرمزي للأطفال .

إسم المقياس بالإنجليزية : The Token Test for Children

الناشـــر : DLM/ Teaching Resources, P.O. Box 4000 One, One DLM Park:
Allen, TX 75002, U.S.A

وصف المقياس :

أداة كشف مبكر تهدف الى التعرف على مواطن العجز في اللغة الإستقبالية . يستغرق تطبيقها حوالي عشر دقائق .

الفئة العمرية : (3- 12) سنة .

مجال النمو : النمو المعرفي .

إسم المقياس بالعربيــة : إختبار فين لسن الروضة .

إسم المقياس بالإنجليزية : Vane Kindergarten Test

الناشـــــر : Clinical Psychology Publishing, Co.4 Conant Square, Bandon, VT05733

وصف المقياس :

أداة للكشف المبكر عن القابليات المعرفية والأكاديمية للأطفال في سن الروضة .

الفئة العمرية :(4 - 6،6) سنوات .

مجال النمو : الإستعداد المدرسي .

إسم المقياس بالعربيــة : سيركاس

إسم المقياس بالإنجليزية : CIRCUS

الناشـــــر : Educational Testing Service, Rosedale Road, Princeton, NJ 06541, U.S.A

وصف المقياس :

أداة تطبق على مستوى جماعي تعمل على تحديد مستوى إستعداد الطفل للمدرسة وحاجاته التعلمية ومتابعة أدائه . تشمل(17) إختباراً فرعياً تغطي مهارات أكاديمية متنوعة .

الفئة العمرية : (4- 8) سنوات .

مجال النمو : الإستعداد .

إسم المقياس بالعربية : أداة التقييم الشامل .

إسم المقياس بالإنجليزية : Comprehensive Identification Process

الناشر :- Scholastic Testing Service. 480 Meyer Road, P.O. Box 1056, Bensonville, IL 60106 8056 U.S.A

وصف المقياس :

أداة كشف شاملة تحدد مدى الحاجة للتقييم الإضافي في ثمانية مجالات نمو أساسية هي : الإدراك ، النمو الحركي الدقيق ، النمو الحركي الكبير ، الكلام واللغة ، السمع ، البصر ، النمو الإجتماعي/ العاطفي ، التاريخ الطبي .

الفئة العمرية : (2.6- 5.6) سنوات .

مجال النمو : النمو العام .

إسم المقياس بالعربيـــة : المقياس التشخيصي للكشف عن الأطفال .

إسم المقياس بالإنجليزية : Diagnostic Inventory for Screening Children (DISC)

الناشـــــر : Psychological Corporation, Harcourt Brace Jovanovich, 555 Academic Court, San Antonio, TX 78204-0852, U.S.A

وصف المقياس :

يهدف هذا المقياس الى التعرف على الأطفال الذين يتمتعون بقدرات متميزة وكذلك الأطفال الذين يعانون من تأخر في المجالات الثمانية التالية : الحركة الدقيقة ، الحركة الكبيرة ، اللغة الإستقبالية ، اللغة التعبيرية ، الإنتباه والتذكر البصري ، الإنتباه والتذكر السمعي ، العناية بالذات ، والمهارات الإجتماعية .

الفئة العمرية : منذ الولادة – خمس سنوات .

مجال النمو : النمو العام .

إسم المقياس بالعربيـــة : الإختبار التشخيصي الكشفي .

إسم المقياس بالإنجليزية : Diagnostic Screening Test. Achievement (DSTA)

الناشـــــر : Slosson Educational Publications. P.O. Box 280. East Auroral. NY 14052, U.S.A

وصف المقياس :

إختبار كشفي سريع يستغرق تطبيقه (5-10) دقائق يهدف الى توفير معلومات عملية عن مستوى التحصيل المدرسي للتلميذ .

الفئة العمرية : (5 - 31) سنة .

مجال النمو : التحصيل الأكاديمي .

إسم المقياس بالعربيـــة : بطارية فلوريدا للكشف عن اطفال الروضة .

إسم المقياس بالإنجليزية : Florida Kindergarten Screen Battery (FK SB)

الناشـــــر : Slosson Educational Publications. P.O. Box 280. East Auroral, NY 14052, U.S.A

وصف المقياس :

إختبار يكشف عن الأطفال الذين يتوقع لهم أن يعانوا من صعوبات في القراءة . يتكون من أربعة مقاييس فرعية هي : التعرف ، التمييز ، الحروف الأبجدية ، والمفردات الصورية .

الفئة العمرية : (5 - 6) سنوات .

مجال النمو : مهارات الإستعداد للقراءة .

إسم المقياس بالعربية : إختبار فلوهاردي للكشف عن القدرات اللغوية والكلامية لمرحلة ما قبل المدرسة .

إسم المقياس بالإنجليزية : Fluhardy Preschool Speech and Language Screening Test

الناشر : DLM/ Teaching Resources, P.O. Box 4000 One, One DLM Park Allen, TX 75002, U.S.A

وصف المقياس :

إختبار يكشف عن إحتمالات حدوث المشكلات الكلامية واللغوية . يقيم القدرات اللغوية البنائية والإستيعابية السمعية في غضون (5-10) دقائق . إختبار مقنن تم تطويره على عينة يزيد عدد أفرادها عن (2000) طفل .

الفئة العمرية : (2 - 6) سنوات .

مجال النمو : الكلام واللغة .

إسم المقياس بالعربيـــة : مقياس «أي بي سي» .

إسم المقياس بالإنجليزية : ABC Inventory

الناشـــر : Educational Studies and Development, 1357 Forest Park Road, Muskegon, MI 49441 U.S.A

وصف المقياس :

أداة لقياس الإستعداد لدى الأطفال في سن الروضة . تشمل مهارات الرسم والنسخ والعد والتذكر والمعلومات العامة . يستغرق تطبيقه حوالي عشر دقائق .

الفئة العمرية : (3.6 - 6.6) سنوات .

مجال النمو : الإستعداد .

إسم المقياس بالعربيـــة : التقويم من خلال تقدير السلوك .

إسم المقياس بالإنجليزية : Assessment By Behavior Rating

الناشـــر: Dr. Elizabeth Sharp. Dept of Special Education, University of Arizona,Tucson, AZ. 85721

وصف المقياس :

إختبار تقويمي يهدف الى تحديد مواطن القوة ومواطن الضعف لدى الأطفال على صعيد المهارات الحركية الكبيرة والمهارات الإجتماعية/ الإنفعالية .

الفئة العمرية : (2 - 3.6) سنة .

مجال النمو : النمو الحركي والنمو الإجتماعي / الانفعالي .

إسم المقياس بالعربية : مقياس النمو اللغوي اللفظي .

إسم المقياس بالإنجليزية : Verbal Language Development Scale

الناشـــر : American Guidance Service. publisher's Building, P.O. Box 99, Circle Pines, MN 55014-1796 U.S.A

وصف المقياس :

أداة للكشف المبكر عن المهارات اللفظية للأطفال الصغار في السن يقوم المعلمون أو أولياء الأمور بتطبيقها .

الفئة العمرية : شهر –16 سنة .

مجال النمو : النمو اللغوي .

إسم المقياس بالعربيـــة : إختبار المهارات البصرية .

إسم المقياس بالإنجليزية : Visual Skills Appraisal

الناشر : Slosson Educational Publication, P.O. Box 280, East Aurrora, NY 14052,

وصف المقياس :

إختبار للكشف المبكر عن المهارات البصرية للأطفال وبخاصة منها المرتبطة بالأداء المدرسي . يتكون الإختبار من ستة مقاييس فرعية تقيس مهارات التآزر البصري- اليدوي ، والتتبع ، والإستكشاف ، وتحديد مواقع الحركات ، والتثبيت ، وإختيار الأوضاع الصحيحة .

الفئة العمرية : (5 - 10) سنوات .

مجال النمو : المهارات البصرية .

إسم المقياس بالعربيـة : أداة هيومانيكس لتقييم الأطفال .

إسم المقياس بالإنجليزية : Humanics National Child Assessment Form

الناشر : Humanics Limited, P.O. Box 7447, Atlanta, GA 30309m U.S.N

وصف المقياس :

تتألف هاتان الأداتان من قوائم تقدير تشمل مهارات وإستجابات يقوم المعلمون بتقدير مدى ملاءمتها لسلوك الطفل . وتغطي الفقرات مجالات النمو المعرفي والإجتماعي- الإنفعالي والحركي والعناية بالذات والنظافة الشخصية . تساعد الأداتان في ملاحظة سلوك الأطفال بطريقة منظمة وتفيد في تصميم الأنشطة التعليمية .

الفئة العمرية : منذ الولادة – 3 سنوات ،(3-6) سنوات .

مجال النمو : النمو العام .

إسم المقياس بالعربية : إختبار جوليت للكشف عن القدرات الكلامية واللغوية .

إسم المقياس بالإنجليزية : Jolit 3 Minute Speech and Language Screen (JMSLS)

الناشر : Slosson Educational Publication, P.O. Box 280, East Aurrora, NY 14052, U.S.A.

وصف المقياس :

إختبار كشفي تم تصميمه بهدف التطبيق على مجموعات كبيرة من الأطفال في سن المدرسة لمعرفة مدى معاناتهم للمشكلات الكلامية واللغوية . إنه إختبار مقنن لمرحلة الروضة والصفوف الإبتدائية الخمسة الأولى .

الفئة العمرية : (5 - 51) سنة .

مجال النمو : الكلام واللغة .

إسم المقياس بالعربيـــة : إختبار سلوسون اللغوي .

إسم المقياس بالإنجليزية : Slosson Articulation Language Test (SALT)

الناشـــر : Slosson Educational Publication, P.O. Box 280, East Aurrora, NY 14052

وصف المقياس :

إختبار معياري المرجع الهدف منه الكشف عن قدرة الأطفال على التواصل .

الفئة العمرية : (3 - 6) سنوات .

مجال النمو : النمو اللغوي .

إسم المقياس بالعربيـــة : مقياس تقييم الكلام واللغة .

إسم المقياس بالإنجليزية : Speech and Language Evaluation Scale (SLES)

الناشر : Hawthorne Publishing Company, P.O Box 7570, Columbia, MO 65205

وصف المقياس :

إختبار كشفي لإستخدام المعلمين الهدف منه التعرف المبكر على الأطفال الذين يحتاجون الى تقييم إضافي لتشخيص الإضطرابات الكلامية واللغوية .

الفئة العمرية : (4- 81) سنة .

مجال النمو : النمو اللغوي .

إسم المقياس بالعربيـــة : إختبار جوزيف للكشف عن مفهوم الذات في مرحلة ما قبل المدرسة والمدرسة الإبتدائية .

إسم المقياس بالإنجليزية : Concept Scale -Joseph Preschool and Primary Self

الناشر : Stoelting Company, 1350 S. Kostner Avenue Chicago, IL 60623 U.S A

وصف المقياس :

إختبار كشفي سريع يستغرق تطبيقه (5-7) دقائق فقط . يستخدم الإختبار الصور لتقييم الأطفال حيث يطلب منهم معرفة الصورة المناسبة من بين مجموعة صور والهدف منه هو الكشف عن الأطفال الذين قد يعانون من صعوبات تعلمية وسلوكية مستقبلاً .

الفئة العمرية : (3-6) سنوات .

مجال النمو : مفهوم الذات .

إسم المقياس بالعربيـــة : إختبار كيستون للكشف البصري في مرحلة المدرسة .

إسم المقياس بالإنجليزية : Keyston School Vision Screening Programs

الناشر: Academic Therapy Test Division, 20-B Commercial Blvd, Novat, CA: 94947-6191 U.S.A

وصف المقياس :

إختبار كشفي سريع يقيم القدرات البصرية التالية : حدة البصر ، الإدراك البصري ، والمهارات البصرية . ويتكون الإختبار من جزئين الأول منهما مختصر يستغرق تطبيقه دقيقتين فقط وثانيهما أكثر تفصيلاً ويستغرق تطبيقه (5) دقائق .

الفئة العمرية : (5 - 18) سنة .

مجال النمو : البصر .

إسم المقياس بالعربية : أداة «لاب» للكشف عن أطفال الروضة .

إسم المقياس بالإنجليزية : LAP Kindergarten Screening Edition

الناشر : Kaplan School Supply, 1310 Lewisville - Clemmons Road, Lewisville, NC 27023 U.S.A

وصف المقياس :

إختبار كشفي مقنن يستغرق تطبيقه (15) دقيقة . يستخدم مع الأطفال الملتحقين حديثاً برياض الأطفال . تم تقنينه على عينة ضمت (4500) طفلاً .

الفئة العمرية : (4.6 - 5.6) سنوات .

مجال النمو : الإستعداد .

إسم المقياس بالعربية : مقياس تقييم الصعوبات التعلمية .

إسم المقياس بالإنجليزية : Learning Disability Evaluation Scale (LDES)

الناشر: Hawthorne Educational Services, P.O Box 7570, Columbia, MO 65205 U.S.A

وصف المقياس :

إختبار يهدف الى جمع معلومات كافية عن أداء الأطفال ، يطبقه المعلمون أو غيرهم من العاملين في المدرسة . يكشف عن الصعوبات التي يعاني منها الأطفال في الإصغاء التفكير ، الكلام ، القراءة ، الكتابة ، التهجئة ، والحساب . يستخدم عادة للتعرف على الأطفال الذين يحتاجون الى تشخيص شمولي .

الفئة العمرية : (5- 18) سنة .

مجال النمو : العمليات النفسية الأساسية .

إسم المقياس بالعربية : مقياس ماكسفيلد- باشولتز للنضج الإجتماعي .

إسم المقياس بالإنجليزية : Maxfield Buchholz Scale of Social Maturity

الناشر : American Foundation for the Blind, 15 West 16 th Street, New York, NY 10011

وصف المقياس :

أداة لقياس النضج الإجتماعي للأطفال المعوقين بصرياً الصغار في السن . يهتم هذا المقياس بتقييم الأنشطة ذات العلاقة بالمهارات الحياتية اليومية .

الفئة العمرية : شهر –6 سنوات .

مجال النمو : العناية بالذات ، النمو الإجتماعي ، التواصل ، الحركة .

إسم المقياس بالعربيـــة : أداة ملر الكشفية لمرحلة ما قبل المدرسة .

إسم المقياس بالإنجليزية : Miller Assessment for Preschoolers (MAP)

الناشـــر : American Guidance Service, publisher's Building, P.O. Box 99, Circle Pines, MN 55014-1796

وصف المقياس :

بطارية كشفية شاملة الهدف منها التعرف على الأطفال الذين لديهم مشكلات نمائية تتراوح ما بين بسيطة الى متوسطة .

الفئة العمرية : (6.5 - 2.6) سنة .

مجال النمو : النمو العام .

إسم المقياس بالعربيــــية : سجل الإنجاز في مرحلة ما قبل المدرسة .

إسم المقياس بالإنجليزية : Perschool Attainment Roecord

الناشـــــر : American Guidance Service, publisher's Building, P.O. Box 99, Circle Pines, MN 55014-1796 U S.A

وصف المقياس :

قائمة تقدير يستغرق تطبيقها حوالي نصف ساعة ، يقوم المعلم أو ولي الأمر بالإجابة عنها . إنها أداة ملائمة للكشف عن الأطفال الذين يعانون من تأخر نمائي أو إضطراب إنفعالي أو ضعف عصبي عضلي .

الفئة العمرية : 6 شهور- 7شهور .

مجال النمو : النمو العقلي والإجتماعي والجسمي .

إسم المقياس بالعربيـــــة : نظام الملاحظة والإحالة المدرسي/ المنزلي .

إسم المقياس بالإنجليزية : School/ Home Observation and Referral System (SHORS)

الناشـــر : Mc Graw- Hill, Order Service Center, Del Monte Research Park, Monterey, CA 93940

وصف المقياس :

قوائم شطب أعدت للمعلمين وأولياء الأمور الهدف منها الكشف المبكر عن المشكلات التي قد تعيق تعلم الأطفال من سن ما قبل الروضة وحتى الصف الثالث الإبتدائي .

الفئة العمرية : (3-8) سنوات .

مجال النمو : النمو الجسمي والسلوكي .

إسم المقياس بالعربيــة : أداة الكشف المبكر عن صعوبات التعلم .

إسم المقياس بالإنجليزية : SEARCH

الناشـــر : Walker Educational Book Corporation, 720 fifthAvenue, New York, NY 10019

وصف المقياس :

إختبار كشفي سريع يستغرق تطبيقه حوالي عشرين دقيقة الهدف منه التعرف على الأطفال المعرضين لخطر الفشل في الروضة والصف الأول . يهتم تحديداً بالأداء الإدراكي البصري والسمعي والحسي العام والتصور الجسمي .

الفئة العمرية : (5-6) سنوات .

مجال النمو : النمو الإدراكي .

إسم المقياس بالعربيــة : إختبار مكارثي الكشفي .

إسم المقياس بالإنجليزية : McCarthy Screening Test

الناشـــر : Psychological Corporation, Harcourt Brace Jovanovich, 555 Academic Court, San Antonio, TX 78204.

وصف المقياس :

مقياس يتألف من ستة مقاييس فرعية لقدرات الأطفال يهدف الى تحديد المشكلات التعلمية المحتملة .

الفئة العمرية : (4-6) سنوات .

مجال النمو : النمو المعرفي .

إسم المقياس بالعربيـــة : أداة الكشف لمرحلة ما قبل المدرسة .

إسم المقياس بالإنجليزية : Preschool Screening Instrument

الناشـــر : Stoelting Company , 1350 S. Kostner Avenue, Chicago, IL 60623

وصف المقياس :

إختبار كشفي قصير يهدف الى التعرف على القابليات التعلمية للأطفال في مرحلة ما قبل الروضة يرافقه إستبيان لأولياء الأمور للتعرف على الخصائص النمائية والتاريخ الطبي للأطفال .

الفئة العمرية : (4-5.6) سنوات .

مجال النمو : الإستعداد .

إسم المقياس بالعربيـة : نظام الكشف عن الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة .

إسم المقياس بالإنجليزية : Preschool Screening System

الناشر : Early Recognition Intervention Systems P.O. Box 1635 , Pawtucket, RT 02862

وصف المقياس :

إختبار كشفي يهدف الى التعرف على مستوى الفاعلية التعلمية للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة يرافقه إستبيان لأولياء الأمور للتعرف على الحاجات التعلمية الخاصة للأطفال . يمكن إستخدام الصورة المختصرة من المقياس للكشف عن مجموعات كبيرة من الأطفال .

الفئة العمرية : (2.6- 5.6) سنوات .

مجال النمو : الإستعداد .

إسم المقياس بالعربيــة : الكشف السريع .

إسم المقياس بالإنجليزية : Quickscreen

الناشـــــر : Western Psychological Services, 12031 Wilshhire Blvd, Los Angeles, CA 90025

وصف المقياس :

إختبار كشفي سريع يستغرق تطبيقه (15-25) دقيقة . صمم الإختبار كأداة كشف جمعية للأطفال في سن الروضة وفي الصفين الأول والثاني الذين يعانون من مشكلات كلامية / لغوية وصعوبات تعلمية .

الفئة العمرية : (5-7) سنوات .

مجال النمو : النمو اللغوي والقدرات التعلمية .

إسم المقياس بالعربيــة : مقياس بريجانس لمرحلة ما قبل المدرسة .

إسم المقياس بالإنجليزية : Brigance Preschool Screen

الناشـــر : Curriculum Associates, 5 Esquire Road North, Billerica, MA 01862-2589 U.S.A

وصف المقياس :

إختبار كشفي قصير محكي المرجع الهدف منه هو التعرف على الأطفال الذين يحتاجون الى تقييم إضافي . كذلك فهو يساعد في التخطيط للبرامج التعليمية . يمكن تطبيقه فردياً او على مجموعات صغيرة من الأطفال .

الفئة العمرية : (3-5) سنوات .

مجال النمو : الإستعداد .

إسم المقياس بالعربية : إختبار برونتكس - أوسيريتسكي للكفاية الحركية .

إسم المقياس بالإنجليزية : Bruninks - Oseretsky

الناشر: American Guidance Service, publisher's Building, P.O. Box 99, Circle Pines, MN 55014-1796 U.S.A

وصف المقياس :

إختبار كشفي قصير يسمح بتقدير الكفايات الحركية الأساسية في غضون 15 دقيقة تقريباً . يحول الدرجات الى درجات معيارية ورتب مئينية .

الفئة العمرية : (4.6 - 6.14) سنة .

مجال النمو : النمو الحركي .

إسم المقياس بالعربيـــة : أداة ويشر للكشف عن حدة البصر .

إسم المقياس بالإنجليزية: Washer Visual Acuity Screening Technique

الناشـــر: Scholastic Testing Service , 480 Meyer Road, P.O. Box 1056,: Bensonville, IL 80106 8056

وصف المقياس :

إختبار للكشف عن حدة الأبصار تم تصميمه خصيصاً للأطفال المعوقين . كذلك يمكن إستخدامه مع الأطفال الصغار في السن .

الفئة العمرية : 2،6 سنة فما فوق .

مجال النمو : المهارات البصرية .

الفصل السابع
الوقاية من الإعاقة

الأسباب المحتملة للإعاقات في الطفولة المبكرة

ليس من شك في أن معرفة أسباب الاعاقة يمكن أن تلعب عدة أدوار حيوية . فهذه المعرفة ضرورية لتصميم البرامج الوقائية وتسهم في تحديد المجموعات السكانية التي ينبغي على البرامج والخدمات أن تستهدفها بوجه خاص . كذلك فهي تساعد في توفير المعلومات اللازمة لتشخيص حالات الاعاقة والتنبؤ الصادق بتأثيراتها المحتملة على النمو والتعلم والسلوك . ومعرفة الأسباب الحقيقية للاعاقة تساعد أيضاً في تنفيذ البرامج العلاجية والتربوية الملائمة . فمثل هذه المعرفة تسمح بتقديم الأجوبة للعديد من الاسئلة مثل : هل يتوقع أن يرافق حالة الإعاقة الرئيسية حالة ضعف أو إعاقة أخرى؟ وهل يتوقع أن يزداد مستوى الضعف مع مرور الوقت؟ ولا ريب في أن الاجابة عن مثل هذه الاسئلة تسهل عملية اتخاذ القرارات التربوية والعلاجية المناسبة للأفراد المعوقين .

إضافة إلى ذلك ، فإن معرفة أسباب الاعاقة من شأنها أن تساعد في تطوير خدمات الارشاد الجيني . فاذا كانت الاعاقة ذات جذور وراثية فان من الأهمية بمكان أن يشجع الآباء على اتخاذ قراراتهم في ضوء الاحتمالات المستندة إلى المعرفة العلمية . كذلك فمعرفة الأسباب يمكن أن تلعب دوراً نفسياً هاماً فهي ببساطة تضع حداً للاعتقادات الخرافية عن الأسباب وما يرافقها من مشاعر الذنب أو الدونية . وعلى الرغم من أن نسبة كبيرة من حالات الاعاقة لا يعرف لها سبب محدد ولا هي ترتبط بخلل أو اضطراب بيولوجي أو عضوي يمكن الكشف عنه ، وان الأسباب

تختلف من اعاقة إلى أخرى ، إلا أن هناك المئات من عوامل الخطر التي بيّن البحث العلمي أنها تكمن وراء حالات الاعاقة .

وسيتم استعراض جملة الأسباب هذه ضمن ثلاث مجموعات هي :

(أ) مجموعة الأسباب المرتبطة بمرحلة ما قبل الولادة .

(ب) مجموعة الأسباب المرتبطة بمرحلة الولادة .

(ج) مجموعة الأسباب المرتبطة بمرحلة ما بعد الولادة .

مجموعة الأسباب المرتبطة بمرحلة ما قبل الولادة (الحمل)

قد تتعرض الأم الحامل أو الجنين الذي تحمله لجملة من العوامل التي يحتمل أن تنتهي بضعف أو عجز أو إعاقة مستقبلية لدى الطفل ، ومن أهم هذه العوامل :

1-تعرض الأم للأمراض الخطيرة مثل الحصبة الألمانية (حيث يرتبط هذا المرض بالعديد من الإعاقات) واضطرابات القلب والكلى والغدد والربو الشديد وتسمم الحمل والأمراض الجنسية .

2-تعرض الأم الحامل لعوامل ضارة مثل التدخين والكحول والعقاقير الطبية والأشعة السينية وسوء التغذية .

3-الخداج والذي يعني ولادة الطفل قبل الموعد الطبيعي أو انخفاض وزنه لحظة الولادة بشكل ملحوظ .

4-عدم توافق العامل الريزيسي (عدم وجود العامل الريزيسي لدى الأم ووجوده لدى الجنين) .

5-نقص الأكسجين لسبب أو لآخر مثل الأنيميا وتعرض الأم الحامل لاختناق أو التفاف الحبل السري حول عنق الجنين .

6-العوامل الوراثية حيث أن كثيراً من الاعاقات ينتقل وراثياً من الآباء إلى الأبناء من خلال الجينات السائدة أو المتنحية أو المحمولة على الكروموسوم الجنسي .

7-الاضطرابات الكروموسومية (كما في حالة المنغولية - متلازمة داون - مثلاً) .

مجموعة الأسباب المرتبطة بمرحلة الولادة

بوجه عام ، تتضمن هذه المجموعة من الأسباب جملة العوامل التي قد تطرأ منذ بداية المخاض وحتى الولادة الفعلية للطفل والتي قد تؤثر على النمو المستقبلي للطفل . ومن أهم هذه العوامل :

1-إصابة دماغ الطفل أثناء عملية الولادة .

2-صعوبات الولادة كما في الولادة المقعدية أو الولادة بالملقط أو بالشفط .

3-ارتفاع نسبة المادة الصفراء (البلريوبين) .

4-النزيف أثناء الولادة .

5-نقص الأكسجين بسبب انفصال المشيمة قبل موعدها أو اصابة الطفل بالأمراض الرئوية الحادة أو الاختناق وغير ذلك .

6-استخدام العقاقير المخدرة أثناء عملية الولادة .

7-الولادة باستخدام أساليب خاصة .

مجموعة الأسباب المرتبطة بمرحلة ما بعد الولادة

ما تشير إليه هذه المجموعة من الأسباب هو جملة المتغيرات الطبية أو البيئية التي اذا ما تعرض لها طفل ولد طبيعياً قد تنتهي باعاقة ما . وهذه المتغيرات هي :

- تعرض الطفل لأمراض خطيرة مثل التهاب السحايا والتهاب الدماغ والتهاب الأذن الوسطى .

- الظروف الأسرية المضطربة والحرمان البيئي الشديد .
- الإصابات المختلفة وبخاصة إصابات الرأس التي تنتج عن الحوادث المختلفة داخل المنزل أو خارجه .
- الأمراض المزمنة الخطيرة .
- اساءة استخدام العقاقير الطبية .
- التسمم بالرصاص أو بغاز أول أكسيد الكربون ، وغير ذلك .
- الحمى الشديدة وبخاصة إذا لم تتم معالجة سببها في الوقت المناسب .

وفي ضوء ما توصلت إليه دراسته حول أسباب الإعاقة في دولة الامارات ، أوصى الخطيب (1997) بالتركيز على العناصر التالية عند تطوير البرامج الوقائية :

1-تطوير مستوى الرعاية الصحية الأولية لكل من الأمهات والأطفال .

2-انشاء مراكز للارشاد الجيني .

3-اقامة مراكز متخصصة لمتابعة نمو الأطفال وتطورهم وبخاصة الأطفال المعرضين للخطر لأسباب بيولوجية أو بيئية واضحة .

4-اقامة شبكة معلومات وطنية لرصد حالات الضعف والعجز والاعاقة في المجتمع وذلك بالتعاون ما بين المستشفيات والعيادات ومراكز الأمومة والطفولة ورياض الأطفال ومراكز المعوقين .

5-تنفيذ حملات التوعية للتعريف بالمخاطر المحتملة لزواج الأقارب .

6-تطوير برامج وطنية للمسح الصحي والنمائي العام والكشف المبكر عن حالات التأخر أو الانحراف في النمو .

7-اعطاء المزيد من الاهتمام لتحصين الأطفال ضد أمراض الطفولة الخطيرة .

8-تشجيع الأمهات على تجنب الحمل في سن مبكرة جداً أو متأخرة جداً .

9-تطوير برامج التربية الخاصة والتأهيل وتطوير الخدمات المساندة لهذه البرامج مثل العلاج الطبيعي والوظيفي والنطقي .

10-اجراء التحاليل المخبرية للمواليد الجدد للكشف عن الذين يعانون من اضطرابات ولادية قابلة للمعالجة .

11-الاهتمام ببرامج التغذية المناسبة والمتكاملة لكل من الامهات الحوامل والأطفال اليافعين .

12-اجراء الفحوصات اللازمة للكشف عن حالات عدم توافق دم الزوجين واتخاذ الاجراءات اللازمة عندما تدعو الحاجة لذلك .

13-تجنب الأمهات الحوامل لتناول العقاقير الطبية دون استشارة طبية موثوقة .

14-توفير المعينات السمعية والبصرية والحركية عند الحاجة .

15-تفعيل البرامج الارشادية للأشخاص المعوقين وأسرهم .

16-تكثيف برامج التوعية المرورية والسلامة العامة في المنزل ومكان العمل والمدرسة .

وعلى الرغم من أحداً في الأوساط الطبية أو النفسية أو الاجتماعية أو التربوية لا يشكك في أهميتها ، كانت الوقاية وما تزال خدمة مهملة لا تحظى بالاهتمام الذي تستحقه . وهذا الاهمال للخدمات الوقائية مكلف للفرد والأسرة والمجتمع ليس مالياً فقط ، وانما نفسياً واجتماعياً أيضاً . والوقاية هدف قابل للتحقيق بأساليب مباشرة وأخرى غير مباشرة فهي تتحقق بالكشف المبكر عن حالات الضعف أو الاعتلال وبالتشخيص المناسب في الوقت وبتقديم الخدمات العلاجية الفعالة من جهة ، وبالتنظيم الأسري والتطعيم ورعاية الأم الحامل والارشاد الجيني والتوعية الجماهيرية المنظمة والهادفة وغير ذلك من الأساليب من جهة أخرى .

إن الهدف من هذا الفصل هو توضيح الاستراتيجيات متعددة الأوجه للوقاية من الاعاقة والقاء الضوء على العوامل التي قد تحول دون تنفيذ تلك الاستراتيجيات . وبما أن الوقاية لا تقتصر على منع حدوث الضعف وإنما تشمل منع تطور الضعف الى عجز أو منع تفاقم العجز إلى إعاقة ، فان الفصل يستعرض مبادئ الوقاية وأساليبها ويبرز المعالم الرئيسية لعمليات جمع المعلومات اللازمة لاتخاذ القرارات المناسبة في الأوقات المناسبة .

الوقاية من الاعاقة بين الماضي والحاضر :

إن من نافلة القول بأن تنفيذ البرامج الفعالة للوقاية من الإعاقة يتطلب معرفة الأسباب الفعلية للاعاقة . وما يهمنا الاشارة إليه هنا هو إن معرفتنا بالأسباب تساعد في تحديد الفئات المجتمعية الأكثر عرضة للخطر وذلك من شأنه أن يسهل عملية توجيه الخدمات الوقائية لمن هم اكثر حاجة اليها في المجتمع الكبير . فعلى سبيل المثال ، إن الاعاقة الناجمة عن عوامل وراثية تقود إلى التنبؤ باحتمالات تكرار حدوث الإعاقة . وفي مثل هذه الحالة ، فان دور الإرشاد الجيني يصبح واضحاً .

وقد أدرك الانسان منذ مئات السنين أن المدخل الوقائي أفضل من التدخل العلاجي ، فمقولة «درهم وقاية خير من قنطار علاج» مقولة قديمة . ولكن مستوى المعرفة بأسباب الإعاقة لم تكن بالمستوى الذي بلغته في العقود الماضية بفعل البحوث العلمية المستفيضة . ولم تقتصر فوائد النتائج التي تمخضت عنها الدراسات العلمية على القاء الضوء على الأسباب الحقيقية للإعاقة ولكنها سمحت ايضاً بتطوير وسائل فاعلة للوقاية لم تكن معروفة أو ممكنة من قبل .

وأصبح يعوّل على الرعاية الصحية الأولية أن توسع منظورها بحيث تغدو أداة فاعلة للوقاية من الإعاقة وذلك من خلال درء مخاطر الأمراض الوبائية وغير الوبائية عن الأطفال في المجتمع . وتستطيع هذه الرعاية تحقيق الأهداف الوقائية من خلال التثقيف الصحي واسع النطاق ، ونشر المعلومات الأساسية حول التغذية ، والنظافة ،

والتطعيم ، وتنظيم الأسرة والانجاب ، ورعاية الأطفال وتطوير مستوى المعرفة بمبادئ السلامة العامة . وتؤكد منظمة الصحة العالمية والمنظمات الدولية والاقليمية الأخرى أهمية مشاركة المجتمعات المحلية في تصميم وتنفيذ برامج الرعاية الصحية الأولية . فليس ثمة حاجة إلى ان ينفذ هذه البرامج أطباء ذوو تخصصات دقيقة ، فالعاملون في الحقل الصحي الذي يتمتعون بمهارات محدودة نسبياً والذين يعملون في الأماكن النائية تحديداً يستطيعون لعب دور مؤثر في تطوير العادات الصحية للمجتمع المحلي فهم جزء منه ويفهمون حقائقه أفضل من غيرهم . وجدير بالذكر هنا أن المنظمات الدولية تجمع على أن ما يزيد على 50٪ من الأمراض التي قد ينجم عنها إعاقة يمكن القضاء عليها من خلال تطوير نظم الرعاية الصحية الأولية (أبو النصر ، 1995) . ولكن الواقع الحالي لخدمات الوقاية والرعاية لا يبعث على الارتياح ولا هو يترجم المعرفة العلمية المتوفرة إلى برامج تطبيقية . فمن المعروف أن نسبة كبيرة جداً من الأطفال وخاصة في الدول النامية لا يتوفر لها خدمات طبية مناسبة . ففي عدد كبير من هذه الدول لا تسمح ظروف العمل للكوادر الطبية بتخصيص وقت كاف لكل مراجع الأمر الذي قد يعني ان الامراض والاصابات لا يتم تشخيصها ومعالجتها بطريقة شمولية مما قد يؤدي إلى أن تتحول بعض حالات الضعف القابلة للوقاية إلى حالات إعاقة على المدى الطويل . وتتضح الصورة بشكل أفضل إذا عرفنا أن التقارير الصادرة عن المنظمات الدولية حول نوعية الخدمات الطبية في الدول النامية تشير إلى أن عبء الطبيب في بعض الدول يصل إلى (5500) شخصاً وأن عبء الممرضة يصل إلى (2200) شخصاً .

من ناحية أخرى ، فان نسبة ضئيلة من السكان في الدول الأكثر فقراً في العالم يتوفر لها مياه صالحة للشرب ومثل هذا النقص قد يشكل مصدراً للأمراض القابلة للوقاية . كذلك فإن سوء التغذية ظاهرة شائعة في الدول ذات الدخل المتدني ، ومن المعروف أن سوء التغذية يزيد من احتمالات اصابة الأطفال بالأمراض وأن من المخاطر المحتملة لذلك تأخر النمو والاعاقة . وهكذا فان توفير المياه

الصالحة للشرب وتحسين المستوى الغذائي والتوزيع المتكافىء للمصادر الغذائية ستعمل بمجملها على خفض أعداد الأطفال الذين يعانون من الضعف أو العجز أو الإعاقة .

ومهما يكن من أمر ، فقد اصبح ممكناً في الوقت الراهن درء مخاطر بعض الأمراض التي كانت في الماضي تشكل اسباباً للاعاقة . فالبحوث الطبية في العقود الماضية حققت نجاحات كبيرة كان لها أثر بالغ على الحد من نسبة حدوث الاعاقة أو التخفيف من وطأتها . ويذكر في هذا السياق اللقاحات العديدة التي لم تكن معروفة من قبل ، والمعرفة العلمية ذات الصلة بالهندسة الجينية والميكروبيولوجيا ، والاجراءات الجراحية والطبية ، وغير ذلك . وعلى وجه التحديد ، فالمطاعيم ضد شلل الأطفال والسل والحصبة أصبحت تمنع حدوث مئات الآلاف من حالات الإعاقة سنوياً . كذلك فان الاجراءات الجراحية الحديثة لضبط الساد (الماء الأبيض) وزراعة القرنية ، والحملات الوطنية المنفذة على نطاق واسع للحد من التراخوما وغيرها من أمراض العين ، ومعالجة نقص فيتامين (أ) ، كلها أدت إلى انخفاض نسبة حدوث الاعاقة البصرية . ومن ناحية أخرى ، فان اجراءات جراحية وغذائية وصحية أولية عديدة قد ساعدت على خفض نسبة التخلف العقلي والإعاقة الجسمية وغيرها من الإعاقات .

على أن الأوضاع الاقتصادية المتدنية والتحديات العديدة التي تواجهها الدول النامية في مجالات محو الأمية والأمن الغذائي والرعاية الصحية الأولية وغيرها تجعل الوقاية من الاعاقة بمفهومها الشامل أمراً متعذراً . بالاضافة إلى ذلك ، فان الاتجاهات المجتمعية السائدة والافتراضات والمعتقدات غير العلمية من جهة والنظرة الضيقة وقصيرة الأمد للوقائية من جهة ثانية تجعل الخدمات الوقاية القائمة غير فعالة وغير كافية . ولا يواجه المتأمل لنظم الخدمات المنفذة في هذه الدول صعوبة كبيرة في ادراك مثل هذه الحقائق .

فالجهود المبذولة موجهة نحو بعض فئات الاعاقة (الحسية والجسمية والعقلية) ، والبرامج القائمة لا تحسن توظيف الموارد المتاحة ، وعدم التنسيق والازدواجية والجزئية من أهم سمات العمل في هذا المجال ، والكشف عن الاعاقة لا يحدث مبكراً الا في الحالات المرئية والشديدة . وذلك كله يقود إلى وضع غير مرض تتدهور فيه الاعاقات البسيطة وتصبح اعاقات شديدة تحد من استقلالية الفرد أو تتحول فيه الاعاقات المؤقتة إلى إعاقات دائمة الأمر الذي ينجم عنه حاجة إلى جهد أكبر ووقت أطول وتكاليف أكثر . وانه لمما يؤسف له حقاً أن المؤتمرات واللقاءات والندوات في الدول النامية ما زالت منشغلة بتقديم المعلومات حول أهمية الوقاية باعتبارها أفضل من العلاج أو بتوجيه اصبع الاتهام إلى المؤسسات لتقصيرها فيما يتعلق بالوقاية أو بالتنظير حول من توكل اليه مسؤولية الوقاية . أما كيفية توظيف المعرفة العلمية المتوفرة وترجمتها إلى برامج تطبيقية أو رسم سياسات قابلة للتنفيذ في ضوء مقومات المجتمع وخصائصه فتلك أمور لا يخفى على أحد أنها ما زالت تراوح مكانها (الحيدري ، 1985) .

هذا وتتصدى البرامج الوقائية في الدول النامية لأسباب مختلفة نسبياً عن تلك التي تتصدى لها البرامج الوقائية في الدول المتقدمة . ففي الدول النامية ، تتمثل الأسباب الرئيسية للاعاقات في سوء التغذية ، والأمراض السارية ، وتدني مستوى الرعاية للأمهات الحوامل ، والحوادث . فلقد أشارت منظمة الصحة العالمية إلى أن هذه الأسباب مسؤولة عن حوالي 70٪ من حالات الاعاقة في الدول النامية وان هذه الدول لم تتخذ بعد اجراءات كافية للحد منها . فباستثناء الحملات الوطنية لتحصين الأطفال ، لم يتغير الوضع تغيراً ملموساً بالنسبة لبعض العوامل (كرعاية الأمهات الحوامل وسوء التغذية) ، وازداد سوءاً من حيث بعض العوامل الأخرى (كالحوادث والفقر) .

أما في الدول المتقدمة ، فأسباب الاعاقة تختلف وتشمل الاضطرابات

الروماتيزمية ، أو القلبية والتنفسية ، والنفسية ، والجينية . كذلك فان الحوادث تشكل سبباً رئيسياً للاعاقات وخاصة لدى الشباب .

مستويات الوقاية :

إن الوقاية من الاعاقة عدة مستويات وليست مستوى واحداً . ولتوضيح مستويات الوقاية من الاعاقة ، ينبغي التعريف بتصنيفات مستويات الاعاقة التي اعتمدتها منظمة الصحة العالمية . تبعاً لهذا التصنيف ، يتم التمييز بين الاعتلال ، والعجز ، والإعاقة . بالنسبة لمصطلح الاعتلال (Impairment) فهو يشير إلى نقص أو اضطراب أو ضعف خلقي أو مكتسب في الوظائف الجسمية أو الحسية وهذا المصطلح غالباً ما يستخدم للدلالة على الضعف الحسي وبخاصة الضعف السمعي والضعف البصري . أما مصطلح العجز (Disability) فهو يشير إلى المشكلات الوظيفية أو القصور في الأداء الناجم عن الاعتلال أو الضعف ويستخدم هذا المصطلح عادة عند الحديث عن الصعوبات الجسمية . وأما مصطلح الاعاقة (Handicap) فهو يشير إلى عدم قدرة الانسان على تأدية وظائفه الطبيعية في الحياة اليومية مقارنة بالآخرين من عمره ومجموعته الثقافية والاجتماعية . والاعاقة هي أكثر المستويات ارتباطاً باتجاهات المجتمع وتوقعاته والقياس الموضوعي لها أكثر صعوبة من قياس المستويين الأول والثاني .

ويتوقع من الخدمات أن تتصدى لهذه المستويات الثلاثة وليس للمستوى الأول (منع حدوث الاصابة) فقط كما يعتقد الكثيرون . وعليه فالوقاية من الإعاقة هي الأخرى ثلاثة مستويات (القريوتي ، 1990) . ووفقاً لهذه النظرة التكاملية ومتعددة المراحل والأوجه للوقاية ، فان الاجراءات والخدمات الوقائية لا تقتصر على العنصر الطبي بل هي قد تأخذ اضافة إلى الطابع الطبي طابعاً اجتماعياً وتربوياً ونفسياً وتأهيلياً . ومن هنا يأتي الحديث عن دور الأسرة ووسائل الاعلام والمهن الانسانية والطبية المساعدة في الوقاية من الاعاقة . وعلى أي حال ، فالوقاية من الإعاقة ثلاثة

مستويات هي : الوقاية الأولية ، والوقاية الثانوية ، والوقاية الثلاثية . وفيما يلي تعريف موجز بكل منها :

1- **المستوى الأول** (Primary Prevention)

تهدف الوقاية في المستوى الأول الى الحيلولة دون حدوث الاعتلال أو الضعف وذلك من خلال تنفيذ جملة من الاجراءات لمنع تعرض الفرد له . ويتوخى من الوقاية الأولية خفض نسبة الاصابة في المجتمع . وأما الوسائل المستخدمة لتحقيق هذا الهدف فهي عديدة وتشمل ازالة المخاطر البيئية ، والتطعيم ضد الامراض ، وتحسين مستوى رعاية الأمهات والأطفال ، واتباع قواعد السلامة العامة في المنزل والمصنع والشارع ، وتوعية الجماهير ، والتخطيط لمرحلة ما قبل الزواج وما قبل الحمل وغير ذلك .

2- **المستوى الثاني** (Secondary Prevention)

تسعى الوقاية في المستوى الثاني الى منع تطور وتفاقم الضعف الى عجز وبالتالي خفض اعداد الأفراد العاجزين في المجتمع من خلال الكشف المبكر والعلاج الفوري والمناسب لحالات الاعتلال والضعف . وتتمثل وسائل الوقاية الثانوية في التعرف المبكر الى الأفراد الذين يعانون من ضعف ما ، وتزويدهم بالأدوات المساندة عند الحاجة ، وتقديم الخدمات العلاجية (الطبية والجراحية والغذائية) في أسرع وقت ممكن وكذلك توفير البرامج التدريبية والارشادية والتعليمية للفئات الأكثر عرضة لخطر الاعاقة .

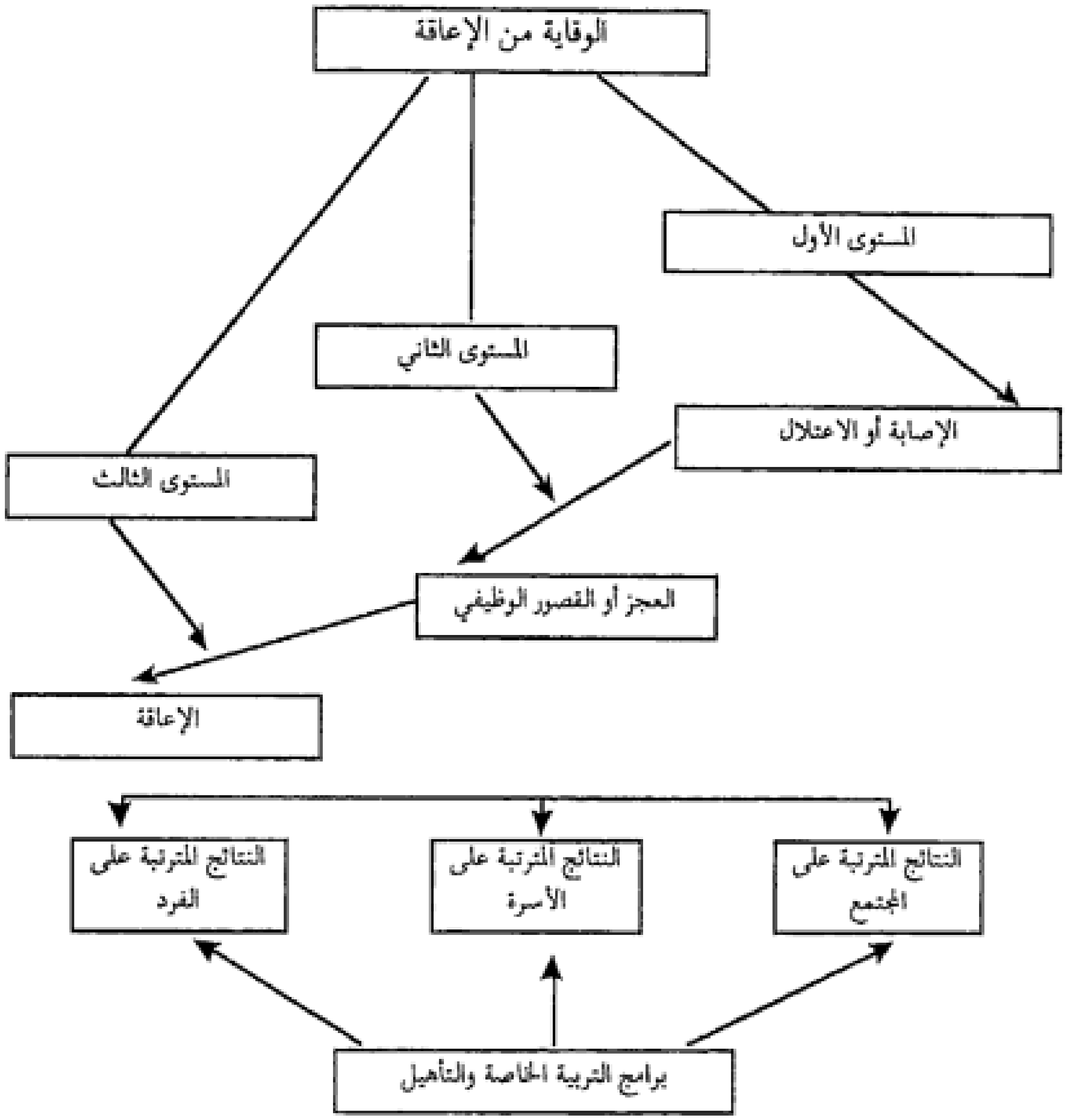
3-**المستوى الثالث** (Tertiary Prevention)

تسعى الخدمات الوقائية في المستوى الثالث الى التغلب على العجز والحيلولة دون تطوره الى حالة إعاقة وذلك من خلال مساعدة الفرد على استعادة ما يمكنه استعادته من القدرات الجسمية والعقلية ومنع حدوث المضاعفات أو التخفيف منها على أقل تقدير . وأما الوسائل التي يتم توظيفها لتحقيق هذه الأهداف فهي تشمل

تقديم الخدمات التربوية الخاصة والتأهيلية ، والخدمات المساندة (العلاج الطبيعي والوظيفي والنطقي والترويحي) ، والخدمات التدريبية والارشادية للأسر ، وتعديل اتجاهات أفراد المجتمع نحو الاعاقة والأشخاص المعوقين ، وتوفير فرص الاندماج الاجتماعي ، وغير ذلك الكثير من الاجراءات لازالة الحواجز المادية والنفسية التي قد تعيق توافق الانسان المعوق واستقلاليته أو تحرمه من حقوقه الانسانية الأساسية . هذا ويوضح الشكل رقم (7-1) المستويات الثلاثة للوقاية .

الشكل (7-1)

مستويات الوقاية من الإعاقة



الفحوصات الجينية

كثيراً ما تتصدر الاكتشافات الجديدة في علم الجينات الصحف والمجلات والنشرات الاخبارية . فالعلماء حالياً يعرفون أكثر من أي وقت مضى أسرار الجينات ، فهم يعرفون مثلاً أي الجينات يسبب أمراضاً كالخثل العضلي ، والصمم ، والتخلف العقلي ، والسرطان . وتحديد هذه الجينات يشكل الخطوة الأولى على طريق العلاج . وربما تقود هذه الاكتشافات في المختبر إلى تغيرات ليس لها مثيل في عالم الطب . وقد يخلص العلاج الجيني الانسان من عشرات التشوهات الخلقية والاضطرابات الخطرة الأخرى التي أدت إلى معاناة قاسية في الأجيال السابقة .

إن هذا الجزء من الفصل يساعد على الاستزادة من المعرفة حول الفحص الجيني . فمن كل مائة طفل يولدون هذه الأيام هناك طفل لديه تشوه أو خلل جيني خطير . وقد أصبح عدد كبير من الناس ، بمن فيهم أولئك الذين يخططون للانجاب ، يتخذون اجراءات معينة لمعرفة وضعهم الجيني . وما من شك في أن المعرفة بالاختبارات المتوفرة وبكيفية انتقال الصفات تساعد على الوقاية من المرض في الأسرة .

ما هو الجين؟

الجينات هي جملة غير مرئية من المعلومات البيوكيماوية توجه آلية تطور الجسم وأدائه . ونحن جميعاً نرث عشرات الآلاف من الجينات عن الوالدين والتي تكون مرتبة ترتيباً معيناً على 46 كروموسوماً .

والجينات تضبط نمونا والعمليات الكيماوية في أجسادنا بل وحتى لون شعرنا وعيوننا . وتعمل معظم الجينات بشكل صحيح ولكن بعضها يخطئ فهي أحياناً تتغير فيضطرب أداؤها أو يتوقف . وهذا التغير قد ينجم عن الاشعاعات أو بعض المواد الكيماوية أو بعض الاحداث الغامضة في خلايا الجسم .

ما هو الفحص الجيني ؟

بعد أن تمكن العلماء من تحديد الجينات المسببة لاضطرابات كثيرة اصبح بمقدور الأطباء أن يفحصوا الأفراد لمعرفة قابلية حدوث بعض الاضطرابات الجينية ومع التطور السريع في علم الجينات أصبح المزيد من الفحوصات متوفراً . كذلك يمكن تحليل الكروموسومات تحت المجهر للتعرف على مشكلات قد تؤذي المواليد في المستقبل .

ما هو فحص «الناقل للصفة» ؟

إن الزوجين الذين يخططان للانجاب يستطيعان فحص دمهما لمعرفة ما اذا كانا ينقلان (يحملان) جيناً مضطرباً قد يؤذي طفلهما . ومن المعروف أن بعض الفئات في المجتمع أكثر عرضة من غيرها لبعض الاضطرابات . وبناء على ذلك يقرر الاطباء وبالتشاور مع الأسرة مدى الحاجة إلى الفحص .

ما هو فحص ما قبل الولادة ؟

في أثناء الحمل يمكن اجراء فحوصات مختلفة لاختبار البنية الجينية للجنين ، وهذا الفحص يتم اجراؤه عندما تكون أسرة احدى الزوجين ذات تاريخ مرضي ناتج عن الاضطرابات الوراثية أو عندما يكون عمر الأم أكثر من 34 سنة (حيث أن نسبة انجاب الأم لطفل يعاني من مشكلات كروموسومية كالمنغولية مثلاً تزداد مع تقدم عمرها) .

ومن الفحوصات التي يمكن عملها ، فحص السائل الأمنيوسي (النخطي) والذي يتم فيه جمع وتحليل كمية من السائل المحيط بالجنين . وفي اختبار آخر يتم أخذ خزعة من عينة نسيجية دقيقة لدراسة الخلايا فيها . ومثل هذه الفحوصات يمكن أن تكشف عن عدد كبير من الاضطرابات الجينية ولكن ليس عنها كلها . وهذه الفحوصات اختيارية لانها قد تنطوي على بعض المخاطر البسيطة فلا بد من أن يعتمد القرار بشأن اجرائها على التشاور مع الطبيب المختص .

من هم الذين يحتاجون إلى الفحص ؟

قد يقرر الأشخاص الذين يعتقدون أن لديهم صفات جينية مرضية قد تؤثر على اسرهم أنهم بحاجة إلى ارشاد جيني وفحوصات جينية . فذلك قد يوفر معلومات مهمة عن مخاطر انتقال تلك الخصائص الى الاطفال وقد يساعد في التخطيط طبياً . والاشخاص الذين قد يحتاجون على وجه الخصوص الى الفحص الجيني هم :

1-أولئك الذين يعتقدون أنهم عرضة لاضطراب جيني .

2-النساء الحوامل اللواتي تزيد أعمارهن عن 34 عاماً .

3-الزوجان اللذان انجبا طفلاً لديه اضطراب جيني أو تخلف عقلي أو تشوه خلقي .

4- الامهات اللواتي تعترضن للاجهاض لمرتين أو أكثر أو اللواتي توفي أطفالهن في مرحلة الرضاعة .

5-الزوجان اللذان تربطهما علاقة قرابة من الدرجة الأولى .

- **مرحلة ما قبل الحمل**

إن التخطيط لمرحلة ما قبل الحمل ورعاية الأمهات اللواتي يخططن للحمل أو يتوقعنه يجب أن يتضمنا تعديل الأنماط الحياتية والعادات الصحية في مرحلة ما قبل الحمل وخاصة بالنسبة للأمهات اللواتي عانى اطفالهن في السابق من صعوبات معينة . ففي هذه المرحلة قد يقرر الأطباء إجراء فحوصات طبية للتأكد من عدم إصابة الأم بأمراض مزمنة وخطرة او إعطاء مطاعيم محددة او إجراء فحوصات جينية للتأكد من أن الوالدين لا يحملان صفات مرضية خطرة كفقر الدم المنجلي والثلاسيميا وغيرهما وبالتالي تقديم خدمات الإرشاد الجيني وإجراء الإختبارات الكشفية للتأكد من عدم الإصابة بأمراض خطرة كالتهاب الكبد الوبائي او الحصبة

الالمانية او السكري او الصرع او إرتفاع ضغط الدم أو إضطرابات الغدد الدرقية . وما ينبغي الإشارة إليه في هذا السياق هو أن عوامل الخطر لا ترتبط بالأمهات فقط بل ترتبط أيضاً بالآباء . ومن تلك العوامل التدخين والعمل في بيئة ملوثة وتناول العقاقير والكحول والإصابة بأمراض مزمنة أو إضطرابات وراثية .

- **مرحلة ما قبل الولادة :**

لقد بينت البحوث العلمية وخاصة تلك التي قامت بتنفيذها المؤسسة الأمريكية الوطنية لصحة الطفل والنمو الإنساني الأهمية الكبيرة للرعاية في مرحلة الحمل على صعيد الوقاية العامة من حالات الإعاقة المختلفة . ويمكن وصف أهم الوسائل التي تستطيع الأمهات من خلالها الحد من إنجاب أطفال غير طبيعيين على النحو التالي :

1- الحصول على رعاية طبية مبكرة ودورية أثناء مرحلة الحمل . فثمة علاقة إرتباطية موجبة بين عوامل الخطر الأساسية كلها (مثل إنخفاض الوزن عند الولادة ، حدوث التشوهات الولادية) وبين غياب او عدم كفاية الرعاية أثناء مرحلة الحمل .

2- الإمتناع عن تناول أية عقاقير طبية أثناء مرحلة الحمل . وإذا لم يكن هناك بد من تناول العقاقير فذلك يجب أن يتم بعد إستشارة الطبيب المتخصص وبتوجيهه وإشرافه . فمن المعروف مثلاً أن ثمة علاقة قوية بين تناول الأم الحامل للمضادات الحيوية وحدوث الإعاقة السمعية لدى الطفل .

3- تجنب التعرض للأشعة السينية وبخاصة في الأسابيع الأولى من الحمل .

4- الإمتناع عن تناول أية مطاعيم تشمل فيروسات حية في حالة توقع الحمل فذلك قد يقود الى إعاقات حسية مختلفة .

5- عدم تناول المشروبات الكحولية وعدم التدخين .

6- الحرص على تناول الغذاء الصحيح المتكامل فذلك يهيىء الظروف لنمو

الجنين بشكل سليم ، فالأم الحامل تحتاج إلى المزيد من الطعام أثناء مرحلة الحمل . وتنصح المؤسسة الأمريكية للوقاية من التشوهات الولادية الأمهات الحوامل بتناول كميات كافية من الكربوهيدرات والبروتينات والفيتامينات والأملاح المعدنية وكميات كبيرة من السوائل (6-8 أكواب من الماء والعصير والحليب يومياً) . كذلك تنصح مديرية الصحة الأمريكية الأمهات اللواتي يخططن للحمل أن يتناولن 0.4 ملغم من حامض الفوليك Folic Acid يومياً والذي هو أحد أشكال فيتامين (ب) حيث أنه يحمي الجنين من التشوهات الخلقية في الدماغ والنخاع الشوكي . ويوجد هذا الحامض في معظم الفيتامينات المركبة كما يوجد في الخضروات الخضراء المورقة .

إستراتيجية عامة أخرى يعتقد الخبراء أنها تخفض نسبة حدوث الإعاقة هي التنظيم الأسري (Family Planing) . فقد وجدت عدة بحوث علمية علاقة بين نسبة حدوث الإعاقة العقلية وعدد أفراد الأسرة وعمر الأم عند الإنجاب . وفي ضوء هذه البحوث يتوقع إنخفاض أعداد الأطفال المعوقين في المجتمع عندما يكون عدد الأطفال الذين تنجبهم الأسرة قليلاً وعندما يكون هناك تباعد بين الولادات وعندما تنجب الأمهات أطفالهن وهن بين العشرين والرابعة والثلاثين من العمر .

- **مرحلة الولادة**

إن التأكيد على أهمية الرعاية الصحية للأم في فترة الحمل لا يعني التقليل من شأن توفير الرعاية لها أثناء الولادة . فمن المعروف أن عسر الولادة بكافة أشكاله ، ونقص الأكسجين عن دماغ الطفل والإصابات أثناء الولادة كلها تشكل عوامل خطر تزيد من إحتمالات حدوث الإعاقة . وتؤكد المنظمات الدولية المهتمة بالوقاية من الإعاقة ان الأسر وباستخدام وسائل بسيطة متاحة لها تستطيع وقاية ملايين الأطفال من الإعاقة . وربما تكون أكثر الطرق أهمية للوقاية من الإعاقة هي عملية التوليد الصحيحة والنظيفة التي لا تحدث فيها إصابات . فالولادة يجب أن تتم بإشراف أهل

الإختصاص المهرة . وثمة إجماع طبي على أن معظم الإصابات الدماغية لدى الأطفال يمكن أن تعزى للمشكلات في أثناء الولادة .

● **مرحلة ما بعد الولادة**

من المعروف أن نقص اليود Iodine Deficiency يضعف القدرات الجسمية والعظمية للأطفال وأن نقص الحديد Iron Deficiency يؤدي الى فقر الدم والصعوبات التعلمية . إضافة الى ذلك فإن الأمراض المنقولة جنسياً ونقص فيتامين (أ) يمكن أن تقود الى العمى لدى الأطفال . علاوة على ذلك ، فإن الأطفال الخدج بحاجة الى رعاية خاصة ، فإنخفاض الوزن عند الولادة يزيد إحتمالات بطء او تأخر النمو العقلي والجسمي للطفل . ومن أهم العوامل المسؤولة عن الخداج عدم تناول الأم للسعرات الحرارية الكافية او قيامها بأعمال مرهقة جداً وبخاصة في المراحل المتأخرة من الحمل . كذلك يجب تطعيم الاطفال باللقاحات اللازمة في المواعيد المقررة طبياً . ومن أهم الأمراض التي يجب تطعيم الأطفال ضدها :

شلل الأطفال (بعد الولادة ،10-14 أسبوعاً ، أو 6شهور) .

التدرن (السل) (بعد الولادة ،10-14 أسبوعاً) .

الدفتيريا (بعد الولادة ،10-14 أسبوعاً ، أو 6شهور) .

الكزاز (6 شهور) .

الحصبة (9 شهور) .

السعال الديكي (6 شهور) .

إضافة إلى ذلك فإن العلاج المبكر لأمراض الطفولة وبإشراف طبي جيد وبخاصة التهابات العيون والأذن الوسطى وأيضاً الحمى والتهابات الحلق من أهم الطرق للوقاية من حدوث المضاعفات التي قد تقود إلى ضعف دائم . وقد تمت

الإشارة إلى أن تغذية الأطفال تبدأ قبل ولادتهم من خلال تناول أمهاتهم الأطعمة المغذية اثناء فترة الحمل . وبعد الولادة يجب إرضاع الأطفال إرضاعها طبيعيا من الثدي . فرضاعة الثدي تزود الطفل بغذاء كامل وتمنحه مناعة ضد الأمراض وتقوي الرابطة العاطفية بين الأم والطفل ، وتلك الرابطة ضرورية للنمو الطبيعي . كذلك فإن النظافة الشخصية يمكن أن تلعب دوراً هاماً في الحد من الاعاقة . فتلوث الماء والطعام وأوعية الطعام والجسم وبخاصة الأيدي من الأسباب الرئيسية لأمراض الطفولة . ولذلك فإن النظافة تحمي الأطفال وتحصنهم ضد الأمراض الخطرة التي قد تعيق النمو .

ومن المعروف أيضاً أن بعض حالات الإعاقة تنتج عن الحوادث ، مثل حوادث السير والسقوط من أماكن مرتفعة والإختناق والغرق وإساءة المعاملة الجسمية . إضافة الى ذلك ، فثمة عوامل خطر عديدة قد يتعرض لها الأطفال في المنزل ومنها النار والماء الساخن والأدوات الحادة والأدوية والمواد السامة والتوصيلات الكهربائية غير الآمنة والأدراج غير المحمية جيداً والأشياء الثقيلة غير المستقرة في موضعها ، وليس من شك في أن حماية الأطفال من مثل هذه الحوادث يمكن أن تقلل نسب حدوث الإعاقة .

وأخيراً يجب الوقاية من عدم توافق العامل الريزيسي ، فعدم توافق دم الأم الحامل والجنين هو أحد الأسباب الرئيسية للإعاقة ويحدث عدم التوافق عندما يكون العامل الريزيسي (وهو أحد مكونات الدم) غير موجود في دم الأب . فإذا ورث الجنين العامل الريزيسي عن الأب فإن دمه الذي ينتقل الى دم الأم وبخاصة أثناء الولادة يولد أجساماً مضادة لأنه يختلف عنه وتكون النتيجة تلف كريات الدم الحمراء في دم الطفل وبالتالي فقر الدم والإصفرار والتلف الدماغي وربما الموت . ويمكن الوقاية من مضاعفات العامل الريزيسي بإعطاء الأمهات لقاحاً في الأيام الثلاثة الأولى بعد الولادة .

الوقاية من اساءة المعاملة للأطفال

لقد أصبحت وسائل الاعلام والمؤسسات الحكومية والجهات المختلفة ذات العلاقة برعاية الأطفال تولي ظاهرة إساءة معاملة الأطفال اهتماماً متزايداً . فالبيانات تشير إلى ان هذه الظاهرة شائعة وأنها بالغة الخطورة وتترتب عليها عواقب وخيمة ودائمة على نمو الأطفال ومستقبلهم . على أن الاستجابة لهذه الظاهرة والاستراتيجيات التي تم تنفيذها لدراسة أبعادها ومداها والاجراءات المستخدمة لمواجهتها تختلف من مجتمع إلى آخر . ففي حين تعتمد بعض الدول شبكات رصد ودعم وطنية لتسجيل أعداد حالات الاساءة المحتملة والفعلية ، فإن دولاً عديدة جداً لم تتخذ اجراءات عملية فعالة للتصدي لمشكلة اساءة معاملة الأطفال .

إنه لأمر مؤلم حقاً أن يوجه الآباء غضبهم واحباطاتهم نحو أطفالهم لأنهم الهدف الضعيف الذي لا يستطيع الدفاع عن نفسه ولأنهم يمثلون كبش الفداء الذي يتوفر في متناول اليد . وبالرغم من أنه ليس هناك سمات شخصية مطلقة يمكن الاعتماد عليها لتحديد الآباء الذين لديهم قابلية لاساءة معاملة أطفالهم ، إلا أن بعض المتغيرات ترتبط باساءة المعاملة وهذه المتغيرات هي :

1- المشاحنات الأسرية الشديدة .

2- الانفصال أو الطلاق .

3- الجهل بأساليب تربية الطفل .

4- تبني توقعات غير واقعية من الأطفال .

5- تعرض الأسرة لضغوط شديدة .

وهناك أربعة أنواع من إساءة المعاملة وهي :

أ-اساءة المعاملة الجسمية وتعني جرح الطفل أو إصابته بشكل غير عفوي وذلك غالباً ما ينتج عن الضرب والحرق .

ب-الاهمال الجسمي ، ويشير إلى حرمان الطفل بشكل متعمد من الحصول على الرعاية الصحية أو الغذائية أو اللباس أو الإشراف أو السكن .

جـ-إساءة المعاملة الجنسية وتشير إلى أي نشاط جنسي بين راشد وطفل .

د-اساءة المعاملة النفسية وتعني الإهمال العاطفي للأطفال أو تعريضهم لضغوط هائلة أو تعكير صفوهم وإحداث خلل في استقرارهم النفسي أو نبذ الأطفال والتعبير عن عدم محبتهم .

وإذا كان الأطفال بوجه عام هدفاً سهلاً فإن الأطفال المعاقين هدف أكثر سهولة للأسف بسبب العجز الذي يعانون منه وبسبب اعتمادهم على الآخرين لتلبية العديد من حاجاتهم . وقد أصبح واضحاً أكثر فأكثر أن هناك علاقة ارتباطية قوية بين اساءة المعاملة وحالات الإعاقة . فإساءة المعاملة قد تسبب إعاقات لدى الأطفال . وتشير البحوث العلمية إلى أن الأطفال المعوقين أو الأطفال الذين يختلفون بشكل ملحوظ عن الآخرين أكثر تعرضاً من غيرهم لإساءة المعاملة . كذلك تشير الأدلة العلمية إلى أن حالات بعض الأطفال المعوقين تتفاقم وتزداد سوءاً بسبب تعرضهم لسوء المعاملة . فعلى سبيل المثال ، بينت بعض الدراسات أن الإعاقات الجسمية والصحية قد تنتج عن إساءة المعاملة والأهمال . فالأطفال الذين يتعرضون لاساءة المعاملة كثيراً ما يكونون ضحية لسوء التغذية والأمراض المزمنة والضعف الجسمي .

وبينت دراسات عديدة أخرى أن نسبة غير قليلة من حالات الضعف في الجهاز العصبي المركزي تعود لاصابات غير عارضة يتعرض لها الأطفال . ففي أمريكا مثلاً تشير التقارير الى أن حوالي 13٪ من حالات الشلل الدماغي تنتج عن إساءة المعاملة البدنية . وثمة تقارير أخرى أشارت إلى أن حالات ضعف مزمنة مختلفة تعزى لإصابات الرأس بسبب الهز العنيف والتعرض للحروق والصفع باليد أو بأدوات خطرة .

كذلك أشارت احدى الدراسات التي أجريت حول (4) آلاف طفل تعرضوا لاساءة المعاملة في ولاية بنسلفانيا الأمريكية إلى أن أكثر أسباب الاساءة كانت أن الطفل طفل خاص أو مختلف عن الأطفال الآخرين . بعبارة أخرى ، أن الأطفال المعوقين يتعرضون لاساءة المعاملة أكثر من غيرهم .

ومن ناحية أخرى تبين الدراسات أن المتخلفين عقلياً يتعرضون لاساءة المعاملة بشكل ملحوظ . وعلى وجه الخصوص ، بينت دراسة أجريت في ولاية كاليفورنيا في أمريكا أن أكثر من 50٪ من المتخلفين عقلياً يتعرضون لاساءة المعاملة وبخاصة اساءة المعاملة الجنسية . بالمقابل توضح الدراسات أن نسبة حدوث الاضطرابات السلوكية والمشكلات العصبية والتخلف العقلي أكثر حدوثاً لدى الأطفال الذين يتعرضون لاساءة المعاملة من الأطفال الذين لا يتعرضون لإساءة المعاملة.(Cartwright et al., 1989) .

وهكذا فإن هناك علاقة قوية بين إساءة المعاملة والإعاقة . فإساءة المعاملة قد تكون سبباً للاعاقة في بعض الحالات والاعاقة قد تكون سبباً لاساءة المعاملة في حالات أخرى . ولما كان الأمر كذلك فإن الوقاية من إساءة المعاملة يجب أن تصبح في قمة سلم الأولويات بالنسبة للمعلمين عموماً ومعلمي الأطفال المعوقين خصوصاً . والخطوة الأولى على طريق الوقاية من إساءة معاملة الطفل تتمثل في الكشف المبكر عن حالات إساءة المعاملة . وتبين المظاهر أدناه أهم العلامات والاستجابات التي قد تعني تعرض الطفل لإساءة المعاملة .

المظهر العام للطفل

1-وجود خدوش أو حروق أو جروح في جسم الطفل .

2-شكوى الطفل من التعرض للضرب أو لأشكال أخرى من سوء المعاملة .

3-عدم النظافة وعدم ملاءمة الملابس للطقس .

4-شكوى الطفل من الجوع ومن الحرمان ومن الطعام بشكل متكرر .

استجابات الطفل

1-البكاء بشكل متكرر .

2-الخوف المفرط .

3-الغياب المتكرر عن المدرسة .

4-الاذعان المفرط .

5-العدوانية غير الطبيعية .

6-الهروب من البيت بشكل متكرر .

7-التسكع في الحي في أوقات غير مناسبة بشكل متكرر .

سلوك الوالدين

1-اللجوء إلى أساليب عقابية عنيفة .

2-اظهار مستويات عالية من الانفعال الشديد (العنف والتهور والعدوان) .

3-تجنب الحديث عن حاجات الطفل وعدم الاكتراث بالمشكلات التي يواجهها .

4-ترك الأطفال في المنزل دون إشراف .

وإذا اتضح أن الطفل يتعرض فعلاً لإساءة المعاملة فباستطاعة المعلمين اتخاذ بعض الاجراءات التي قد تساعد في وضع حد لتلك المشكلة . فبما أن هناك عوامل محددة ترتبط باساءة المعاملة فإن المعلم قد يحاول التعرف عليها وذلك من خلال مقابلة الطفل وأفراد أسرته وبناء على ذلك فهو قد يقدم بعض الاقتراحات التي قد تنجح في إلغاء أثر تلك العوامل .

كذلك يمكن أن يقوم المعلم بتزويد الوالدين بعناوين المؤسسات الاجتماعية التي قد تستطيع المساعدة . وفي كل الأحوال ، فإن على المعلمين أن يحافظوا على سرية المعلومات . وفي النهاية ، فإن قيام المعلمين بأدوار التشخيص والإحالة والمعالجة ليس بالأمر السهل وينبغي على برامج إعداد وتدريب المعلمين ايلاء هذا الموضوع العناية التي يستحقها .

الوقاية من الاصابات

كما هو الحال بالنسبة لعدد كبير من الأمراض ، إن الإصابات قابلة للوقاية في كثير من الأحيان . وهي أيضاً غالباً ما لا تكون خطأ الشخص المصاب . إن المواقف التي تحدث فيها الإصابات (ونتائجها من حيث الإعاقة أو الوفاة) يمكن التنبؤ بها ، وهي من صنع الإنسان في بعض الأحيان ، فالأدوات التي يستخدمها الناس والبيئات التي يعيشون ويعملون فيها ، يمكن تصميمها أو تعديلها لتصبح أكثر قدرة على تحمل الهفوات في السلوك البشري ، وعدم العناية ، وانشغال الذهن والإهمال والتثقيف والاعلانات والقوانين ، هي الوسائل التقليدية (ولكن ليست الوحيدة أو الأكثر فاعلية بالضرورة) لتقليل أعداد الإصابات الناتجة عن الحوادث أو الأسباب الأخرى ، وفي معظم دول العالم ليس هناك اهتمام كاف بالوقاية من الاصابات من خلال مجابهة الأسباب الرئيسية .

إن المجتمع يدفع ثمناً غالياً جداً للاصابات ، فقد أشارت منظمة الصحة العالمية إلى أن الأسباب الخارجية كانت مسؤولة عن وفاة 74 مليون إنسان في الفترة ما بين 1970-1990 وأصبح لدى 367 مليوناً إعاقات متوسطة أو شديدة (أي ما بين 5-10 حالات إعاقة مقابل كل حالة وفاة) . وأشار البيان الذي أصدرته منظمة الصحة العالمية في المؤتمر العالمي الأول حول الوقاية من الحوادث والإصابات ، والذي عقد في ستوكهولم عام 1989 إلى ما يلي :

● ان الإصابات تقتل أطفالاً وشباباً أكثر من أي مرض في كل دول العالم ، وهي غالباً ما تكون سبب الوفاة أو الإعاقة بين الكبار في السن .

● إن الشرائح الاجتماعية الأقل حظاً اجتماعياً واقتصادياً هي الأكثر معاناة من الإصابات وعواقبها .

● إن رعاية المصابين تضاعف الحاجة إلى خدمات الطوارئ والعلاج الطبي والتأهيل المكلفة وكذلك الخدمات المساندة طويلة المدى للأشخاص الذين يصبح لديهم عجز مزمن .

●إن التكاليف الطبية والاجتماعية والتكاليف الناجمة عن عدم الانتاجية لكل حالات الإصابة تقدر بحوالي (500) بليون دولار أمريكي سنوياً .

مواجهة مشكلة الإصابات

إن إعطاء الأولوية للوقاية من الإصابات ، يتطلب العمل على أكثر من صعيد . فمن الضروري إدراك حقيقة أن التطورات التي شهدتها عدة دول على مستوى السلامة في أماكن العمل والطرق لم يرافقها تطور كافٍ على مستوى الوقاية من الأشكال الأخرى من الإصابات . وثمة حاجة واضحة إلى تمويل مشاريع البحث والدعم للبرامج الموجهة نحو الحد من الإصابات وهذا يتطلب تطور القناعة لدى الشخصيات السياسية وصانعي القرار بأن هناك حاجة لعمل المزيد لتقليل الضرر الناتج عن الاصابات . كذلك ينبغي مشاركة ودعم المنظمات غير الحكومية والمجموعات الشبابية في برامج الوقاية من الإصابات . وهذه الجهود يجب أن يرافقها عملية جمع وتوزيع للبيانات الصحيحة والدقيقة عن الإصابات وبرامج للتثقيف الصحي توجه نحو أولياء الأمور والمعلمين والكوادر الطبية والمساندة والعمال .

الوقاية من الاختناق عند الولادة

إن الرحلة من رحم الأم إلى العالم الخارجي عبر قناة الولادة تترك عدداً من الأطفال موتى ، وعدداً آخر يعاني من إعاقات ترافقهم طوال الحياة ، وهذه مشكلة طبية تحدث في كافة أرجاء المعمورة ومن أهم مظاهرها الاختناق أثناء الولادة .

في المجتمعات الغنية ، أصبح الاختناق في أثناء الولادة أقل أهمية ذلك أن الخطر يتم تشخيصه عادة أثناء الحمل ، فتتخذ الاجراءات الوقائية . سبب آخر هو أن معظم الولادات تحدث في المستشفيات المزودة بالأدوات المتطورة ، والتي يعمل فيها أخصائيون ذوو خبرة واسعة ، بمقدورهم أن يعالجوا المشكلة وقت الولادة . والصورة مختلفة كل الاختلاف في الدول النامية ، حيث يولد عدد كبير من الأطفال في المنزل (خاصة في المناطق الريفية) بمساعدة القابلات أو أفراد أسرة الأم ، ولا يتوقع لهذه الصورة أن تتغير في المستقبل القريب . في هذه الدول يعتبر الاختناق أثناء الولادة مسؤولاً عن موت ما يزيد على مليون من الأطفال حديثي الولادة كل عام ، وهو كذلك يترك حوالي مليون طفل ليعانوا من تلف دماغي يقود إلى إعاقات مختلفة مثل الشلل الدماغي ، والتخلف العقلي ، والإعاقة البصرية ، والإعاقة السمعية ، واضطرابات الكلام واللغة .

إن خطورة الاختناق أثناء الولادة تتطلب المزيد من الاهتمام من قبل العاملين في الحقول الطبية . إحدى الصعوبات ذات العلاقة هي أنه لا تتوفر إحصائيات دقيقة ومعلومات موثوقة عن حجم مشكلة الاختناق أثناء الولادة ؛ وذلك لأن الاخصائيين لا ينظرون إلى هذه المشكلة بمنظور واحد .

تحديد عوامل الخطر

إن عدداً كبيراً من حالات الاختناق أثناء الولادة يمكن الوقاية منه إذا فهم الناس أن صحة الأم غالباً ما تحدّد ما سيحدث أثناء أو بعد ولادة الطفل ، والأمر

كذلك لأن معظم عوامل الخطر يمكن التعرف عليها أثناء مرحلة الحمل من قبل الأم الحامل نفسها ، ومن قبل أقاربها وصديقاتها ، ومن قبل الأخصائيات .

ما هي عوامل الخطر الرئيسية ؟

إنها تشمل خبرات الحمل السابقة غير الجيدة ، النزيف أثناء الحمل ، ارتفاع ضغط الدم ، تسمم الحمل ، فقر الدم الشديد ، سوء التغذية الشديد ، الأوضاع غير الطبيعية للجنين ، الحمل المتعدد ، الولادة المتكررة ، العمل الشاق أثناء مرحلة الحمل ، وأمراض القلب والسكري .

إن العاملين في حقل الرعاية الصحية الأولية ، والقابلات القانونيات ، والأطباء بحاجة إلى دليل يوجههم ويساعدهم على الوقاية من المخاطر ، أو الحد منها كأن يقدموا الارشادات حول التغذية ، والاستراحة ، ومعالجة ارتفاع ضغط الدم ، وتسمم الحمل ، وفقر الدم . وعندما تبدأ عملية الولادة ، فبالإمكان الوقاية من الاختناق من خلال مراقبة الوضع عن كثب وقياس نبضات قلب الجنين ، واتخاذ قرار سريع بمستوى خطورة الوضع ، وبالتدخل الجراحي إذا لزم الأمر ، أو باستشارة الطبيب في الوقت المناسب .

ويمكن الوقاية من الاختناق أثناء الولادة من خلال التأكد من أن مجرى التنفس للطفل ليس فيه انسداد أو بإثارة الطفل بلطف ، أو بتزويده بالتنفس عن طريق الفم أو الكمامة .

التأهيل في المجتمع المحلي والوقاية من الإعاقة

في السنوات الأخيرة ، كان لمفهوم التأهيل في المجتمع المحلي (Community-Based Rehabilitation) والذي تبنته كل من منظمة الصحة العالمية ومنظمة العمل الدولية ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعمل والثقافة (اليونيسكو) أصداء واسعة في العديد من دول العالم فيما يتعلق بسبل الوقاية من

الإعاقة وتأهيل المعوقين . ويشتمل مفهوم التأهيل في المجتمع المحلي على اتخاذ كافة الاجراءات لتوظيف وتفعيل الموارد المحلية بما في ذلك الأشخاص المعوقين وأسرهم . ويستند هذا المفهوم إلى ثلاثة مبادئ رئيسية هي :

أ-التعاون بين أفراد المجتمع الواحد ومساعدة الانسان لأخيه الانسان خاصة عندما يكون بحاجة إلى مساعدة .

ب-الاندماج الاجتماعي الكامل للأشخاص المعوقين في مجتمعاتهم بحيث يشاركوا في الأنشطة و الفعاليات الاجتماعية والاقتصادية والترويحية المتوفرة لأفراد المجتمع جميعاً .

ج-المساواة بين افراد المجتمع بصرف النظر عن كونهم عاديين أو معوقين .

وقد بينت بعض الدراسات امكانية تنفيذ برامج التأهيل في المجتمع المحلي بنجاح للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة على أيدي متطوعين ومعلمات رياض الأطفال . وما يلفت النظر أن المتطوعين كانوا أكثر نجاحاً من المعلمين وقد علل الباحثون ذلك بكون العلاقة بين المتطوعين والمستفيدين من الخدمات علاقة تسمح بالتواصل الفعال الذي يخلو من المصطلحات التقنية غير المفهومة والذي يقوم على الاستماع والاحترام .

كذلك بينت مئات الدراسات العلمية التي أجريت في العديد من دول العالم أن الأسرة هي المفتاح لنمو الأطفال المعوقين وتكيفهم وانها تستطيع القيام بأدوار على صعيد الحد من تأثيرات الاعاقة على الطفل ليس بمقدور غيرها القيام بها . ولكن ذلك لا يعني أن الأسرة ليست بحاجة إلى الدعم والتدريب والارشاد لتقوم بأدوارها خير قيام . فبما أن الاعاقة شيء لا تتوقعه الأسر عموماً لأطفالها فانها لأسر نادرة جداً تلك التي لا تحتاج إلى مساعدة الاخصائيين لتساعد نفسها أولاً وتساعد أطفالها المعوقين ثانياً .

وقد أعطى ادراك الاخصائيين لأهمية دور الأسرة في الوقاية الأولية من الاعاقة والتخفيف من تأثيراتها المحتملة قوة دفع كبيرة للجهود الرامية الى تفعيل دور الأسر بوجه عام وأسر الأفراد المعوقين بوجه خاص . فالأسرة قادرة على أن تلعب دوراً حيوياً في درء مخاطر الاعاقة عن أطفالها حتى قبل انجابهم وفي الكشف المبكر عن أي ضعف لديهم ليصار الى تقديم الخدمات العلاجية والتدريبية اللازمة عند الحاجة .

وبما أن الوقاية لا تقتصر على الاجراءات الطبية وانما تشتمل على درء عوامل الخطر النفسية والبيئية ، فان البرامج الموجهة نحو تفعيل الدور الوقائي للأسر تعطي أهمية كبيرة لاعداد الوالدين لتنشئة الطفل تنشئة سليمة وتشكيل شخصيته تشكيلاً صحيحاً بحيث لا تتطور المشكلات النفسية والسلوكية لديه أو بحيث لا تتفاقم هذه المشكلات في حالة حدوثها . وعلى وجه التحديد ، فالوالدان بحاجة إلى أن يعرفا جيداً المساوئ المحتملة لعدم الثبات في المعاملة والحماية المفرطة أو الرفض والعقاب وخاصة الجسدي منه وهما بحاجة إلى أن يعرفا ايضاً أهمية تعزيز السلوك المقبول وعدم تعزيز السلوك غير المقبول أو تجاهله أو خفضه بالأساليب الايجابية التي لا تشتمل على الضبط المنفر .

هذا وشهدت العقود القليلة الماضية اهتماماً متزايداً بتوظيف مبادئ وأساليب علم النفس السلوكي لمواجهة التحديات ذات الأهمية الاجتماعية . فقد تم تطبيق التكنولوجيا السلوكية للوقاية من الأمراض المزمنة والاعاقة من خلال تنفيذ برامج منظمة وهادفة لتشجيع السلوك الصحي الوقائي سواء فيما يتعلق بالحد من الاصابات والحوادث ، وتطعيم الأطفال ضد أمراض الطفولة الخطرة ، والتوعية بمخاطر التدخين والأشعة السينية وتناول العقاقير الطبية اثناء الحمل ، والتأكيد على أهمية التغذية المتوازنة ، وغير ذلك . وكان التقرير الصادر عن منظمة الصحة العالمية عام 1976 حول الوقاية من الاعاقة نقطة تحول على الصعيد العالمي حيث أنه أكد : (أ)

ضرورة تضمين عناصر الوقاية من الاعاقة في الرعاية الصحية الأولية ، (ب) أهمية تنفيذ البرامج الوقائية على كافة المستويات بما فيها منع حدوث الاعاقة ، وفي حالة حدوث الضعف منع تطوره الى عجز وقيود وظيفية ، وفي حالة حدوث العجز منع تفاقمه وذلك من خلال الاجراءات الطبية والنفسية - الاجتماعية والتربوية من جهة وتخفيف القيود الوظيفية من خلال ازالة القيود المادية وتطوير الخدمات الارشادية والتدريبية من جهة أخرى . وقد بادرت عدة دول الى تنفيذ مشاريع عملية واسعة النطاق للوقاية من الاعاقة تبعاً للمفاهيم التي تضمنها ذلك التقرير (منظمة الأمم المتحدة للطفولة ، 1988) .

ومنذ عام 1980 ، لعبت منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) دوراً فاعلاً في تقديم العون للدول النامية لتحسين وتطوير مواردها الوطنية للوقاية من الاعاقة في الطفولة . وعلى وجه التحديد ، ركزت اليونيسيف على تطوير نظم الرعاية الصحية الأولية والتغذية الجيدة والكشف المبكر والتعليم والتأهيل . وقد تم توضيح المبادئ التوجيهية لبرنامج اليونيسيف فيما يتعلق بالوقاية والتأهيل في كتاب صدر عام 1988 بعنوان «الاعاقة لدى الأطفال والوقاية والتأهيل» عن المكتب الاقليمي لليونيسيف . وفي عام 1983 ، عقد المؤتمر الدولي حول الوقاية من الاعاقة ، وكان من النتائج الهامة لهذا المؤتمر تشكيل لجنة دائمة للوقاية من الاعاقة ومنذ ذلك الوقت قامت اللجنة من خلال اللجان الفرعية التي انبثقت عنها في عدة دول بلعب دور مؤثر في تشجيع الجهود الوقائية بوسائل متنوعة وعلى رأسها الوسيلة الاعلامية/ التوعوية . ومنذ ذلك الوقت واللجنة تسعى لاقناع دول العالم بالنظر إلى الوقاية بوصفها هدفاً رئيسياً لكافة البرامج الصحية والتنموية سواء كانت برامج وطنية أو دولية .

وقد أشارت هذه اللجنة في تقرير حديث صادر عنها إلى امكانية درء خطر الاعاقة عن ثلاثين مليون انسان على مدى السنوات العشر القادمة . علاوة على

ذلك ، فان أكثر من اربعين مليون انسان معوق في الدول النامية قد يستعيدون بصرهم أو سمعهم أو قدرتهم على الحركة اذا ما أجريت لهم علميات جراحية أساسية . ولكن قيوداً اقتصادية ومعرفية عديدة تحول دون تنفيذها .

وهكذا ، فان الوقاية الفاعلة من الاعاقة تتطلب جهوداً وطنية واسعة النطاق يشارك في بذلها كل من الفرد والأسرة والمجتمع (المنظمات الحكومية وغير الحكومية ووسائل الاعلام المرئية والمقروءة والمسموعة) .فالاعاقة تفرض اتخاذ تدابير عديدة قبل الزواج ، وقبل الحمل ، وقبل الولادة ، وأثناء الولادة وبعدها . وعليه فلا بد من اعداد أفراد المجتمع للأبوة والأمومة ، ونشر المعلومات حول عوامل الخطر الرئيسية وسبل تجنبها ، وتشجيع الأنماط والعادات الشخصية والاجتماعية والغذائية الصحية ، واجراء المزيد من الدراسات العلمية حول أسباب الاعاقة ، والتأكيد على أهمية معرفة مظاهر النمو الانساني الطبيعي في مراحل الطفولة وأهمية استخدام الأساليب التربوية والنفسية المناسبة في تنشئة الأطفال .

الباب الرابع

الأساليب والأنشطة في برامج التدخل المبكر

الفصل الثامن
تقييم استعداد الأطفال للتعلم

مقدمة

يتم تطوير المناهج في برامج التدخل المبكر استناداً إلى جداول النمو الطبيعي في مرحلة الطفولة المبكرة حيث يتم تحديد حاجات كل طفل ومدى تقدمه بالمقارنة مع النمو الطبيعي للأطفال . بكلمات أخرى ، إما أن تهتم هذه البرامج بتعليم الأطفال المعوقين جميع المهارات التي يكتسبها الأطفال العاديون دون تدريب مقصود (وفقاً لما يعرف بالتعلم العارض) وإما أن تحدد المهارات التي لم يكتسبها الطفل المعوق بعد مقارنته بالأطفال العاديين وتقوم بتدريبه عليها (Leong, 1996). وقد تمنع بعض الإعاقات الطفل من تعلم بعض المهارات وبناء عليه فإن الأهداف تصبح مختلفة كما هو الحال عند تعليم قراءة الشفاه للطفل الأصم أو مهارات التعرف والتنقل للطفل الكفيف أو مهارات استخدام الكرسي المتحرك للطفل المعوق حركياً وهكذا . وعلى أي حال ، فالأهداف الرئيسية التي تصبو مناهج التدخل المبكر إلى تحقيقها تتمثل في مساعدة الأطفال على إكتساب كل ما هو ممكن من السلوكيات التي يتمتع بها الأطفال العاديون من نفس الفئة العمرية . وعلى وجه التحديد ، تتضمن مناهج التدخل المبكر العناصر الرئيسية التالية (Goodman, 1993) :

1- المهارات ما قبل الأكاديمية في مجالات القراءة والكتابة والحساب والعلوم الطبيعية وغير ذلك .

2-المهارات أو العمليات الأساسية مثل الإنتباه والإدراك واللغة والتذكر والمهارات الحسية الحركية .

3-المهارات النمائية في المجالات المختلفة مثل العناية بالذات والمهارات الحياتية اليومية والمهارات اللغوية الاستقبالية والتعبيرية .

4-المفاهيم النفسية الأساسية مثل الدافعية والإبداع وتقدير الذات وغير ذلك .

وتقوم التربية الخاصة للأطفال المعوقين على التعرف إلى الحاجات الفردية لكل طفل وتوفير ظروف التعلم التي ستعمل على تلبية تلك الحاجات . فليس ممكنا تصميم البرامج التربوية المناسبة لهؤلاء الأطفال دون تقويم موضوعي ودقيق لمواطن الضعف ومواطن القوة لديهم (Spodek & Saracho, 1994) .

ولعل أحد أكبر التحديات التي تواجه معلمي هذه الفئة من الأطفال هي تلك المتعلقة بتقويم قدراتهم . فالاختبارات النفسية والتربوية التقليدية إضافة إلى كونها قد قننت على مجتمع الأطفال العاديين ، تتطلب مهارات في أغلب الأحيان ، لا يستطيع الطفل المعوق القيام بها .

ولا يعني ذلك في أية حال من الأحوال ان الاختبارات غير مفيدة ، أو أنه لا مكان لها في الكشف عن استعداد الطفل المعوق للتعلم . ولكن ما نعنيه بذلك هو ضرورة مراعاة بعض القضايا الأساسية عند قياس وتقويم قدرات الطفل المعاق ، ومن أهمها الحاجة إلى تكييف هذه الاختبارات لتتناسب وطبيعة حالة الطفل .

تعريف الاستعداد

لعل أول ما يتبادر إلى الذهن عند الحديث عن الاستعداد للتعلم هو عامل النضج . وبالفعل ، كان الاستعداد للتعلم يعرف في الماضي على أنه مصطلح يشير إلى مستوى النضج ؛ فالنمو الجسمي يسهل عملية التعلم والمهارات الحسية – الحركية المختلفة ضرورية ليستطيع التلميذ القيام بالمهمات التعلمية الأساسية كالكتابة ، والكلام ، وغير ذلك .

وعلى أية حال ، فالجزء الأكبر من التعلم المدرسي يرتبط بالخبرات السابقة أكثر من ارتباطه بالنمو الحسي – الحركي . فالمعرفة تتطور لدى الطفل على نحو متسلسل

وتراكمي ، بمعنى أن اكتساب التلميذ للمفاهيم البسيطة يهيؤه لتعلم المفاهيم الأكثر تعقيداً (Anastasi, 1968) .

وتعرف أناستازي الاستعداد على أنه مصطلح عام يشير إلى «اكتساب المعرفة والمهارات العقلية الأساسية التي ستجعل المتعلم قادراً على الاستفادة من التعليم الى اقصى حد ممكن» . أما هورروكس وشونوفر (Horrocks & Schoonover, 1968) فيعرفان الاستعداد على أنه «القدرة على التعلم ، وتوافر الرغبة والمهارات والخلفية المناسبة لذلك» . ويضيف لوينفيلد(Lowenfeld, 1971) أن مفهوم الاستعداد يشير إلى أن ثمة فترة زمنية معينة يستطيع التلميذ في أثنائها تحصيل أفضل النتائج بأقل جهد ممكن .

باختصار إذن ، تهدف اختبارات الاستعداد إلى تقويم قابلية المتعلم للقيام بالأعمال والنشاطات المدرسية بنجاح . وبما أن دخول المدرسة قد عنى لقرون كثيرة تعلم القراءة ، فلقد جرت العادة أن ينظر الى الاستعداد المدرسي على أنه يعني الاستعداد للقراءة . ولقد أكدت أناستازي هذه الحقيقة عندما كتبت تقول إن اختبارات الاستعداد للتعلم المدرسي تركز عادة على القدرات والشروط التي يعتقد أنها مهمة لتعلم القراءة .

أهمية الكشف عن الاستعداد للتعلم

إن توافر الاستعداد للتعلم لدى التلميذ شرط أساسي لنجاح العملية التعليمية - التعلمية . ولقد اكد هورروكس وشونوفر ذلك في قولهم «عندما يفتقر الطالب إلى الاستعداد الكافي للتعلم ، فهو إما أن يفشل فشلاً كاملاً واما أن يكون تعلمه بطيئاً وغير فعال . بل والأكثر من ذلك ، فالطالب الذي يرغم على التعلم قبل أن يكون لديه الاستعداد لذلك ، سيواجه على الأغلب الاخفاق وفي ذلك تثبيط للدافعية ، وسيكتسب عادات دراسية غير مناسبة ستحتاج إلى التعديل مستقبلاً ، وقد يؤدي ذلك إلى التأثير سلباً في النمو الجسمي والاجتماعي» .

وبشكل عام ، يهدف الكشف عن استعداد التلاميذ للتعلم إلى تقديم المعلومات الضرورية للمعلم والآخرين ذوي العلاقة عن قابلية التلميذ للاستفادة من الخبرات التعلمية . وتتمثل الوظيفة الأساسية التي تخدمها تلك المعلومات في التعرف إلى مواطن الضعف ومواطن القوة لدى التلميذ بهدف اتخاذ القرارات التربوية المناسبة ذات العلاقة بتصميم وتنفيذ استراتيجيات التدخل التربوي والعلاجي الفعالة . فمستوى الأداء الحالي للطالب يشكل القاعدة الأساسية التي تنبثق منها البرامج التربوية الفردية .

وإذا كنا نريد تخطيط وتنفيذ البرامج التربوية المناسبة ، فما نحتاج إليه هو الكشف ليس عن مواطن العجز لدى الطالب والصعوبات التي يواجهها فحسب ، وإنما تحديد قدراته أيضاً وذلك بهدف تقويتها . وذلك يقتضي مراعاة الأمور التالية (McLoughlin & Lewis, 1981) :

1- يجب أن يشترك فريق من ذوي الاختصاصات المختلفة في عملية الكشف .

2-يجب تحديد أداء الطالب في النواحي المختلفة . يجب أن لا يقتصر التقويم على عجز الطالب .

3-يجب عدم تحديد مستوى أداء الطالب من خلال اختبار واحد كائناً ما كان ذلك الاختبار .

4-يجب أن يعطي الاختبار الذي نستخدمه صورة صادقة عن قدرات الطالب وعجزه . فعلى سبيل المثال ، لا فائدة ترجى من اختبار ذكاء المكفوف من خلال تحديد استجاباته لفقرات تم تصميمها وفقاً للخبرات البصرية لغير المكفوفين .

العوامل التي تؤثر في الإستعداد للتعلم المدرسي

تتأثر القدرة على التعلم والاستفادة من الخبرات التعلمية الجديدة بعوامل كثيرة وهذه العوامل يجب أخذها بعين الاعتبار عند تحديد مدى استعداد الطفل المعوق ، أو

أي طفل أخر ، للتعلم المدرسي . ولقد اقترح لوينفيلد (Lowenfeld, 1971) ضرورة الانتباه إلى العوامل التالية لكونها تعمل بمثابة مؤشرات على استعداد الطفل للتعلم :

1-القدرة على الانتباه والمثابرة .

2-القدرة على اللعب مع الأطفال الآخرين والاستمتاع بذلك .

3-القدرة على التعاون مع الأطفال الآخرين في تأدية النشاطات المدرسية .

4-القدرة على اتباع التعليمات اللفظية والرغبة في ذلك .

5-المرور بخبرات مناسبة فيما يتعلق بالأشياء الملموسة (غير التجريدية) .

6-القدرة على التعبير لغوياً عن الأفكار .

7-التعبير عن الاهتمام بالقصص والقدرة على فهم ما تعنيه .

8-القدرة على استيعاب المفاهيم البسيطة والتعرف إلى العلاقات بين هذه المفاهيم .

9-القدرة على العناية الجسدية الذاتية .

10-الاتزان الانفعالي في العلاقة مع الأطفال الآخرين ومع الراشدين أيضا (كالقدرة على تحمل النقد البناء) .

11-القدرة على استخدام القدرات الحسية بفاعلية (اللمس ، السمع ، الشم ، . .الخ) .

12-احترام حقوق الآخرين وممتلكاتهم .

13-الثقة بالنفس وعدم الاعتماد على الآخرين .

14-إبداء الرغبة في التعلم والاكتشاف .

15-الاستمتاع بالنجاح في تأدية الأعمال المدرسية .

أدوات تقويم الاستعداد للتعلم

كثيرة هي أدوات تقويم الاستعداد للتعلم ، وفيما يلي عرض سريع لأدوات التقويم الشائعة :

1-ملف الطالب :

يشتمل ملف الطالب عادة على معلومات شخصية واجتماعية وطبية مفيدة تساعد المعلم في تخطيط البرنامج التربوي المناسب . فمن خلال الاطلاع على المعلومات الموجودة في الملف ، يصبح بالامكان رسم صورة عامة وتقريبية عن مدى استعداد الطفل للتعلم . ولهذا فعلى المعلمين مراجعة محتويات الملف جيداً ، ولكن دون القفز إلى استنتاجات وتعميمات عن الأداء الفعلي للطفل .

2-الاختبارات :

الاختبارات من أهم الأدوات التي يستطيع المعلم استخدامها لقياس وتقويم قدرات الطالب . والاختبارات إما أن تقيس قدرات عامة وإما أن تقيس قدرات خاصة (محددة) . ويصنف هوروكس وشونوفر (Horrocks & Schoonover, 1968) اختبارات الاستعداد للتعلم المدرسي الى صنفين أساسيين وهما :

أ-الاختبارات المتعلقة بمستوى النمو الوظيفي (الجسمي - الحركي) .

ب-الاختبارات المتعلقة بالمواد الدراسية المختلفة (كالقراءة ، والحساب ، . . .الخ) .

بالنسبة لاختبارات النمو الوظيفي فهي تعطى عادة للأطفال قبل بلوغهم السن المدرسي كمحاولة للتعرف إلى اية مشكلات أو انحرافات عن النمو الطبيعي بهدف وضع البرامج العلاجية المناسبة . أما الاختبارات المتعلقة بالمواد الدراسية فهي تُعطى عادة للأطفال عند دخولهم المدرسة ، إلا أنها قد تعطى لهم أيضاً في أي وقت يطلب منهم فيه القيام بمهمات تعلمية جديدة . والاختبارات إما أن تستخدم بهدف

التشخيص (وصف العجز الموجود لدى الطفل وتحديد القدرات المتبقية لديه) أو بهدف التنبؤ بالأداء المستقبلي . فاختبارات الذكاء مثلاً هي اختبارات تنبؤية بالضرورة .

3-مقابلة الأهل

كذلك فإن أحد المصادر المهمة لجمع المعلومات المفيدة عن أداء الطفل هي مقابلة الاشخاص المهمين في حياته وخصوصاً أفراد أسرته . فمن خلال المقابلة يستطيع المعلم أن يتعرف إلى تاريخ وظروف العائلة ، واتجاهاتها نحو الطفل ، وتوقعاتها منه ، وخصائص الطفل ، واهتماماته ، وغير ذلك .

4-الملاحظة المباشرة :

تشتمل الملاحظة المباشرة على جمع وتسجيل المعلومات عن أداء الطفل في ظروف محددة . والملاحظة المباشرة ليست عملية عشوائية ، بل هي عملية منظمة تهدف إلى قياس سلوكيات تم تحديدها بكل دقة ووضح . وبالطبع ، يحتاج المعلم إلى تحديد طريقة القياس المناسبة وذلك يعتمد على أهداف الملاحظة .

تقويم الاستعداد للقراءة

لقد اشرنا إلى أن أكثر اختبارات الاستعداد تداولاً هي اختبارات الاستعداد للقراءة . فالقراءة من أهم المهارات الضرورية للنجاح المدرسي . ولعله من المفيد تعداد العوامل التي تؤثر على استعداد التلاميذ للقراءة بشكل عام . وهذه العوامل هي :

أ-النمو اللغوي : ويشمل القدرة على استيعاب المحادثة (اللغة الاستقبالية) والقدرة على استخدام اللغة اللفظية (اللغة التعبيرية) .

ب-النمو المعرفي .

ج-الخلفية والتجارب المناسبة وتشمل معرفة الأرقام ، وأسماء الأشياء المتداولة ، ومفهوم الزمن والفراغ .

د-النضج الإدراكي – الحسي .

هـ-المهارات اليدوية والمهارات الحركية الأخرى .

و-التكيف الاجتماعي والانفعالي ويشمل ضبط الذات ، والاعتماد على الذات ، والرغبة في اتباع التعليمات ، والقدرة على الانتباه والتركيز لفترة كافية ، والقدرة على العمل مع الآخرين .

تقويم القدرات العامة

تشير القدرات العامة إلى مهارة التعامل مع متطلبات البيئة المدرسية ، وغالباً ما يتم قياس ذلك باستخدام اختبارات الذكاء ومقاييس الكفاية الاجتماعية .

1-القدرات العقلية :

إن من أكثر الاختبارات الفردية استخداماً اختبار ستانفورد – بينيه ، واختبارات ويكسلر . وما يهمنا هنا هو الاشارة ثانية إلى أن هذه الاختبارات قد قننت على مجتمع عادي ، ولهذا يجب توخي الحذر عند تفسير النتائج .

2-الكفاية الاجتماعية :

من العوامل الأخرى المهمة التي تؤثر في استعداد الطفل المعوق للتعلم المدرسي عامل الكفاية الاجتماعية . ومقاييس النضج الاجتماعي هي الأخرى متعددة ومختلفة . وسنكتفي هنا بالإشارة إلى ضرورة التركيز على الأبعاد التالية في قياس السلوك الاجتماعي .

أ-أنواع السلوك ذات العلاقة بالبيئة المحيطة :

1- المهارة في التنقل والحركة .

2- القدرة على التصرف في الحالات الطارئة .

3- التعرف إلى المواد والأدوات المتوافرة في غرفة الصف .

4- إظهار أنواع السلوك المناسبة المتصلة بتناول الطعام .

ب-أنواع السلوك ذات العلاقة بالأشخاص الآخرين :

1- المواقف من الآخرين والاتجاهات نحوهم .

2- اللعب المنظم .

3- المحادثة .

4- تحية الآخرين .

جـ-أنواع السلوك ذات العلاقة بالذات :

1- التعبير عن المشاعر .

2- الاتجاهات نحو الذات .

3- العناية بالذات .

د-أنواع السلوك ذات العلاقة بالمهمة التعلمية :

1- الانتباه .

2- اتباع التعليمات .

3- النشاطات الجماعية .

4- العمل المستقل .

5- المناقشة .

تقويم القدرات الخاصة

تقاس القدرات الخاصة عادة باستخدام اختبارات صممت خصيصاً من أجل تحديد نواحي معينة من أداء الطفل كالتمييز السمعي ، والتمييز اللمسي ، والتذكر ، والانتباه ،الخ . وهذه القدرات ، دون شك من المتطلبات الأساسية لحدوث التعلم .

ا-المهارات الادراكية - الحسية :

بما أن الطفل المعوق يعتمد على حاسة السمع واللمس والسمع لاكتشاف البيئة ، فلا بد من تقويم استخدامه لهذه الحواس .

أ-المهارات السمعية :

إن استخدام المهارات السمعية أمر ضروري للتعلم عموماً ، فالإصغاء ذو أهمية بالغة لأنه يشكل الأساس بالنسبة للمهارات اللغوية .

ويشتمل تقويم المهارات السمعية على :

- قياس حدة السمع .

- التذكر السمعي : وهو القدرة على استعادة المعلومات المقدمة لفظياً .

- التمييز السمعي : ويعني القدرة على السمع واكتشاف الفروق بين الأصوات .

-الدمج السمعي : ويعني القدرة على تجميع الأصوات المنفردة في كل متكامل .

-تمييز الشكل - الخلفية : ويعني القدرة على الانتباه الى المثيرات السمعية ذات الأهمية .

ب-المهارات الحركية :

كذلك يجب أن يشتمل تقويم الاستعداد للتعلم على تقويم المهارات الحركية المناسبة . فالمهارات الحركية الدقيقة والمهارات الحركية الكبيرة ضرورية لتأدية المهمات التعلمية والنشاطات المدرسية المختلفة .

جـ-المهارات البصرية :

إن بعض الأطفال المعوقين قد يكون لديهم درجة معينة من الضعف البصري ، ولهذا فعلينا تقويم ذلك بهدف اتخاذ الاجراءات التصحيحية المناسبة .

د-مهارات اللمس :

ومن بين المهارات الأساسية التي يجب تقويمها ايضاً مهارات اللمس . وفي الغالب ، يتم التركيز على الادراك الحسي اللمسي وهو قدرة الطفل على استخدام المعلومات التي يستقبلها من خلال حاسة اللمس .

هـ-وأخيراً يجب تقويم قدرة الطفل على التذكر (بأنواعها المختلفة) ، والانتباه (التركيز الهادف على المثيرات ذات الأهمية في الموقف التعلمي) .

أنشطة مقترحة لتطوير استعدادات الأطفال للنجاح في المدرسة *

قبل الولادة

الحصول على رعاية مبكرة ومنتظمة قبل الحمل .

تجنب التدخين والكحول والأدوية إلا اذا كانت الأدوية بوصفة طبية .

الحصول على قسط كاف من الراحة وخفض التوتر .

مرحلة الرضاعة (الولادة - 15 شهراً)

عندما يبكي الطفل يجب حمله بسرعة وتهدئته . فذلك لن يفسد الطفل وإنما يعلمه أن أفعاله تجعل الأشياء تحدث وأن باستطاعته الوثوق بالكبار .

* National Association for the Education of Young Children (1992). Ready or Not? Washingtion, D.C.

التكلم مع الطفل بألعاب بسيطة .

التأكد من أن الطفل يحصل على عناية طبية دورية بما في ذلك المطاعيم .

مرحلة المشي (15-30 شهراً)

الاستجابة للغة الطفل بقول كلمات لوصف الأشياء والأفعال وبترديد كلماته والتوسع فيها .

تزويد الطفل بيئة آمنة وغنية تشجعه على حب الاستطلاع والاستكشاف داخل المنزل وخارجه .

تعليم الطفل الألوان وأسماء الأشياء وبعض الأحرف .

استخدام عدة كتب مصورة للقراءة للطفل وبعض الأغاني والألعاب البسيطة .

تشجيع الطفل على اللعب مع الأطفال الآخرين .

مرحلة ما قبل المدرسة المبكرة (30-42)

تشجيع الطفل على الاستقلالية بأن يلبس ملابسه مثلاً أو يسكب الحليب من وعاء صغير في كوبه .

تشجيع الطفل على المساعدة في الأعمال المنزلية البسيطة .

توفير خيارات محدودة للطفل ليختار منها .

مساعدة الطفل على ملاحظة أوجه الشبه وأوجه الاختلاف بين الأشياء .

الاستمرار في قراءة الكتب المصورة والمشاركة في الغناء ومشاهد الفيديو وتأدية المتاهات البسيطة .

تشجيع الطفل على تنويع أنماط اللعب .

مرحلة ما قبل المدرسة المتأخرة (42-60 شهرا) .

ممارسة كل الأنشطة المقترحة لمرحلة ما قبل المدرسة المبكرة .

تشجيع الطفل على التجميع والتصنيف .

تشجيع الطفل على تطوير أشكال جديدة من اللعب .

تشجيع الطفل على كتابة الأحرف .

استخدام الأناشيد والألعاب البسيطة لمساعدة الطفل على ملاحظة الأصوات المتشابهة .

2-**النمو المفاهيمي :**

إن من الأهمية بمكان أن يكون لدى الطفل المعوق الوعي الكافي لجسمه وللفراغ . فهذا ضروري لتعلم المفاهيم الأخرى ومنها :

- أكبر ـــــــ أصغر
- داخل ـــــــ خارج
- فوق ـــــــ تحت
- يمين ـــــــ يسار
- أعلى ـــــــ أسفل
- أمام ـــــــ وراء
- ناعم ـــــــ خشن

تقويم استراتيجيات التعلم

تتعلق استراتيجيات التعلم بكيفية استخدام الطفل لقدراته في عملية التعلم . انها الطرق التي يستخدمها للتعامل مع المعلومات من حيث اكتسابها ، وتكاملها ، وخزنها ، واسترجاعها . فمن الممكن أن يكون لدى الطفل قدرات عالية ولكن استراتيجيات التعلم التي يستخدمها غير فعالة .ولهذا ، لا يكفي أن يقتصر التقويم

على قياس قدراته العامة وقدراته الخاصة ، ولكن لا بد من تقويم استراتيجيات التعلم أيضاً .

وفي هذا الشأن ، يقترح ميكلوفلين ولويس (Mclaughlin of Lewis, 1981) تقويم استراتيجيات التعلم التي يستخدمها الطفل من خلال مقابلته بهدف تحديد طرق تنظيمه للمعلومات والطرق التي يستخدمها لحفظها وفهمها .

تقويم السلوك الصفي

عندما نتحدث عن السلوك الصفي فنحن نعني قدرة الطالب على التعامل بشكل مناسب مع متطلبات العمل المدرسي بشكل عام . ومن العوامل التي تؤثر على استعداد الطالب للتعامل مع هذه المتطلبات ما يلي :

1-الاتجاهات نحو المدرسة :

يؤثر شعور الطفل واتجاهاته نحو المدرسة إلى حد كبير في أدائه . وقد يواجه الطالب مشكلات وصعوبات في الأعمال المدرسية . ونتيجة لذلك قد تتطور لديه اتجاهات سلبية نحوها . ولهذا يجب أن يقوّم المعلم آراء واتجاهات الطلاب نحو البرنامج التربوي ، ونحو المعلمين ، والزملاء .

2-مفهوم الذات :

هناك عدة طرق لتقويم مفهوم الذات . فبامكان المعلم أن يقابل الطالب ويسأله عن شعوره نحو نفسه ، أو أن يستخدم مقاييس معينة كمقياس تينيسي لمفهوم الذات .

3-الأداء المستقل :

كذلك يجب تقويم قدرة الطالب على تأدية الأعمال المدرسية بشكل مستقل ويتم ذلك من خلال ملاحظة الطالب في المواقف التعلمية المختلفة .

4-سلوك الدراسة :

حتى ينجح الطالب في العمل المدرسي يجب أن تكون لديه مهارات التحضير والدراسة المناسبة . ومن هذه المهارات :

أ- تقبل المهمات التي يطلبها منه المعلمون .

ب- إنهاء الواجبات المدرسية في فترة زمنية مناسبة .

جـ- العمل المنظم والصحيح .

د- المشاركة في النشاطات الجماعية .

وهكذا ، فالاستعداد للتعلم المدرسي مفهوم متعدد الأوجه ، وهو محصلة لعوامل كثيرة ومتداخلة . فمقدرة الطالب على الاستفادة من الخبرات التعليمية المختلفة محصلة لقدراته العامة ، وقدراته الخاصة ، واستراتيجيات التعلم التي يستخدمها ، ودافعيته للتعلم ، ومستواه النمائي الوظيفي . وعندما لا يتوافر لدى الطفل الاستعداد للتعلم فهو إما أن يخفق اخفاقاً كاملاً وإما أن يتعلم ببطء وبشكل غير فعال . ولهذا لا بد من تقويم مدى استعداد الطالب للتعلم . ورغم تعدد الوسائل التي يمكن استخدامها للكشف عن الاستعداد للتعلم ، تبقى الاختبارات من أهم هذه الوسائل . والاختبارات إما أن تقيس قدرات عامة وإما أن تقيس قدرات ومهارات محددة . ولهذا ، يجب توخي الحذر في تفسير النتائج وذلك يعتمد على الأهداف المرجوة من عملية التقويم .

الفصل التاسع
المهارات الإدراكية والحركية

المهارات الإدراكية

تختلف المهارات المعرفية عن غيرها من المهارات التي يقوم بها الأطفال من حيث كونها غير قابلة للملاحظة المباشرة وإنما يتم التنبؤ بها أو التخمين عنها بناء على السلوك الملاحظ الذي يظهره الأطفال . فقدرة الطفل على التمييز بين الكبير والصغير مثلاً تقاس لا من خلال الملاحظة المباشرة للمفهوم وإنما من خلال قيام الطفل بالاستجابة التي تدل على تطور هذا المفهوم لديه . فما هي الاستجابات أو العمليات المعرفية التي تدل عليها؟

1-**الانتباه** : وهو يتضمن الاستجابة للمعلومات الحسية بشكل نشط . وبما أن الطفل يتعرض لمثيرات حسية (سمعية ، بصرية ، شمية ، لمسية) مختلفة لا يستطيع الاستجابة لها جميعا في الوقت نفسه ، فهو يستخدم ما يسمى بالانتباه الانتقائي والذي يعني التركيز والاهتمام بالمثيرات المهمة وتجاهل أو عدم الانشغال بالمثيرات غير المهمة .

ومن خصائص الأطفال الصغار في السن الانتباه لفترات وجيزة . وغالباً ما يوجه انتباههم نحو الإثارة الشديدة (الألوان الفاقعة ، الصوت العالي ، إلخ) . ومع تقدم العمر فهم يصبحون أكثر قدرة على التركيز على المثيرات ذات العلاقة بالمهام التي يقومون بتأديتها . ويجمع الباحثون على أن الانتباه ضروري لتطور المهارات المعرفية الأخرى .

2-**التذكر** : وهو القدرة على استدعاء المعلومات التي تم خزنها في الدماغ في

الماضي والقدرة على الاحتفاظ بالمعلومات الجديدة وربطها بالمعلومات المتوفرة اصلاً . والذاكرة الإنسانية نوعان رئيسيان هما الذاكرة قصيرة المدى (وهي ذات طاقة محدودة ولفترة زمنية قصيرة جداً) . والذاكرة طويلة المدى (وهي ذات طاقة كبيرة جداً) ويستخدم الأطفال ثلاث استراتيجيات للتذكر وهي الممارسة باستخدام العوامل اللفظية الوسيطة والتخيل وتنظيم المعلومات .

3-الادراك : وهو تفسير المعلومات الحسية فالإدراك هو عملية بناء وإعطاء معنى لما تم استقباله من معلومات عبر الأعضاء الحسية . إنه وظيفة أساسية يقوم بها دماغ الإنسان .

4-التمييز : وهو التفريق بين مثيرين أو أكثر . إنه يتضمن تجميع الأشياء المتشابهة أو المطابقة بينها وفصل الأشياء غير المتشابهة .

5-التصنيف : وهو يشير إلى تكوين مجموعات من الأشياء بناءاً على العلاقة التي ترتبط بينها (كالوظيفة مثلاً) أو الخصائص المشتركة فيما بينها وغير ذلك .

6-التعليل : وهو توظيف التعلم السابق لحل المشكلات الحالية أو للتوصل إلى تعميمات مفيدة وإتخاذ قرارات ذات معنى .

وفيما يلي عرض سريع لأهم التطورات المعرفية التي تحدث في السنوات الست الأولى من العمر (Bailey &Wolery, 1992) :

في الشهر الأول من العمر ، يكون سلوك الطفل إنعكاسياً (مجرد رد فعل لمثيرات بيئية خارجية أو عضوية داخلية) كما هو الحال بالنسبة لإنعكاس أو استجابة المص والقبض . وفي هذا العمر يعي الطفل التغيرات في الأشكال والأصوات . أما في المرحلة العمرية من (1-4) شهور فالقدرات الإدراكية للطفل تتطور وكذلك تتطور الذاكرة البصرية المتعلقة بالتعرف على الأشياء . ويبدأ الطفل بالابتسام الاجتماعي ويظهر قدرات أولية على تأدية الوظائف الحسية المتكاملة (كالنظر إلى اللعبة ومد يده نحوها ليمسكها) .

وفي المرحلة الثالثة التي تمتد من(4-5)شهور يبدأ الأطفال بفصل أنفسهم عن بيئتهم ويبدأون أيضاً بتأدية أفعال مقصودة موجهة نحو الأشياء من حولهم . وفي هذه المرحلة أيضاً يتطور فهم الأطفال للعلاقات بين الوسيلة والغاية ، وثبات الموضوعات ، والفراغ ، والوقت . وفي الشهور الأربعة الأخيرة من السنة الأولى (8-12) شهراً تتطور عدة قدرات لدى الطفل من أهمها وأبلغها أثراً على نموه مفهوم ثبات الموضوعات والذي يعني أن الطفل يصبح قاد راً على إدراك أن اختفاء الشيء لا يعني زواله .

وفي النصف الأول من السنة الثانية تتطور قدرات معرفية متنوعة مثل تطور فهم العلاقات السببية (الأسباب والنتائج) ، والوسائل والغايات ، والتقليد (التعلم بالملاحظة) وإختيار الوسائل البديلة . وتتطور الذاكرة الاستدعائية والقدرة على التقليد وتمثّل أفعال الراشدين في النصف الثاني من السنة الثانية .

وأما في المرحلة العمرية (2-6) سنوات فتتطور لدى الأطفال بنى معرفية داخلية لتمثل الأشياء والأشخاص في البيئة حتى وهم غائبون عن النظر . وفي هذه المرحلة أيضاً تتطور القدرة على التعليل وربط حادثتين أو شيئين معاً لأنهما متشابهان في بعد ما . ولكن الأطفال في هذه المرحلة العمرية يخطئون في المفاهيم التي يطورونها حول الأشياء والناس لأن تعليلهم حدسي أكثر منه منطقي . وهم لا يستطيعون الانتباه لأكثر من بعد واحد عند تصنيف الأشياء إلى مجموعات .

هذا وتجدر الإشارة هنا إلى أن دور الطفل في الشهور الستة الأولى من العمر مهم في تحديد طبيعة التفاعلات الاجتماعية معه . وهذا الدور يتمثل أساساً بالابتسام والبكاء . كذلك فإن دور الطفل الرضيع عموماً دور نشط في التفاعل مع الأم . وهو يفعل ذلك بالنظر إليها وبتقليد أفعالها . أما في النصف الثاني من السنة الأولى من العمر فتتطور لدى الطفل مهارات معرفية تلعب دوراً مهماً في تشكل القدرات الاجتماعية . ومن تلك المهارات فهم ثبات الموضوعات الذي يعتقد أنه بالغ الأهمية بالنسبة لتطور سلوك التعلق . والتعلق يظهر عادة عندما يبلغ الطفل الشهر السابع من

العمر تقريباً حيث يرتبط عاطفياً بقوة مع أمه أو مع الأشخاص الذين يقومون على تلبية حاجاته .

وفيما يتعلق بالتأثيرات المحتملة للإعاقات المختلفة على النمو المعرفي فهي متفاوتة بشكل ملحوظ . فالأطفال ذوو الصعوبات التعلمية وذوو الإضطرابات السلوكية لا يعتقد عموماً أن لديهم ضعفاً معرفياً ، وأما التخلف العقلي مثلاً فهو تعريفاً إنخفاض ملحوظ في القدرات العقلية العامة . وبالنسبة للإعاقات الحسية (السمعية والبصرية) والجسمية فهي تترك بعض التأثيرات المحددة على تطور المفاهيم وأساليب حل المشكلات لأنها تفرض قيوداً على قدرة الإنسان على التفاعل مع بيئته .

أساليب تدريب المهارات الإدراكية

1-لا تتوقع أن تتطور المهارات المعرفية لدى الأطفال وبخاصة المعوقين منهم دون توفر بيئة غنية ومثيرة . فهذه المهارات لا تحدث تلقائياً ولكن لا بد من تهيئة الفرص المناسبة لحدوثها . وذلك يعني استخدام المواد والنشاطات التي تجذب انتباه الطفل . فإذا لم يكن النشاط مشوقاً للطفل فهو لن ينتبه والانتباه كما أشرنا سابقاً شرط رئيسي لحدوث التعلم . وبالنسبة للأطفال المعوقين فذلك غالباً ما يعني زيادة مستوى شدة المثير .

2-طور لغة الطفل إلى اقصى ما تسمح به قابلياته فثمة علاقة وطيدة بين النمو اللغوي والنمو المعرفي .

3-دع الطفل يختار النشاطات ووفر له الفرص الكافية للاستشكاف ، فمثل هذه الممارسة مهمة للغاية لتطور المهارات المعرفية .

4-إطرح أسئلة على الطفل فهذه الطريقة تزيد مستوى شعوره بالأهمية وعزز انجازاته ووفر له الفرص ليمارس حل المشكلات في مواقف تنطوي على التحدي .

5-استخدم النمط التعلمي المفضل بالنسبة للطفل . فإذا كان يتعلم جيداً من خلال حاسة السمع زوده بالمثيرات السمعية . وإذا كان تعلمه أفضل عبر حاسة البصر فوفر له اثارة بصرية مكثفة ، وهكذا .

6-وأخيراً فإن النشاطات التعلمية التي يشتمل عليها المنهاج إنما هي جميعاً نشاطات تشجع النمو المعرفي . واستناداً إلى ذلك ، يجب تنظيم البرنامج التربوي بحيث تسهل عملية تحقيق الأهداف المعرفية (Bailey &Wolery, 1992) .

تعليم التقليد للأطفال الصغار في السن

يتعلم الناس جميعاً العديد من المهارات من خلال ملاحظاتهم . وهذا التعلم بالمحاكاة أو ما يعرف بإسم النمذجة يحدث عفوياً . أما لدى الأطفال المعوقين فهو لا يحدث بدون تدريب مخطط له في كثير من الأحيان . ولذلك فإن القائمين على تربية هؤلاء الأطفال بحاجة إلى تعرف عملية النمذجة وكيفية استخدامها في تعليمهم . فما هي النمذجة؟ وكيف تتطور؟ وما أفضل السبل لتعليمها للأطفال المعوقين الصغار في السن؟

النمذجة تعريفاً هي القيام باستجابة تشبه استجابة تمت مشاهدتها أو ملاحظتها سابقاً ، والسبب في حدوثها هو الملاحظة السابقة تلك . وإذا كان من السهل تحديد ما إذا كانت الاستجابة تشبه الاستجابة السابقة فمن الصعب تحديد ما إذا كانت الاستجابة ناتجة عن الاستجابة السابقة . ومهما يكن الأمر ، فالمهم على الصعيد العملي هو تهيئة الفرص اللازمة للأطفال لتقليد الاستجابات التي يشاهدونها . وذلك يتطلب البرمجة الهادفة والمخطط لها للتاثير على سلوك الطفل إما من خلال تعليمه سلوك جديد لا يستطيع القيام به حالياً ، أو اضعاف سلوك غير مناسب يقوم به ، أو تدعيم سلوك يقوم به ولكن بمعدل منخفض .

وتتطور عملية النمذجة على مراحل إذ أنها تتمثل في الاستجابات البسيطة في

البداية وفي الاستجابة المعقدة في النهاية . فسلوك الأطفال حديثي الولادة يتشكل في معظمه من ردود فعل إنعكاسية على الرغم من أنه قد يبدو سلوكاً ناتجاً عن التقليد أحياناً . فالمواليد الجدد يبكون عندما يبكي الأطفال الآخرون من حولهم ويظهر عليهم تعبيرات وجهية تحاكي الابتسام عندما يبتسم الآخرون لهم .

وبالرغم من أن الدراسات فشلت في إيضاح ما إذا كان الأطفال حديثو الولادة قادرين على التقليد الحقيقي إلا أن ثمة اجماعاً في الرأي على أن مرحلة النمو العمرية هذه تشكل القاعدة التي يتطور التقليد منها . وفي الشهور الأربعة الأولى من العمر يبدأ الأطفال بإظهار استجابات تدل على التقليد الفعلي وبخاصة على المستوى اللفظي . فصوت الأم مثلاً يعمل بمثابة مثير يهيىء الفرص لحدوث صوت الطفل ، وتقليدها الفوري لصوت طفلها يحثه على تكرار الصوت وإعادة أصوات كان قد سمعها في الماضي (Bailey &Wolery, 1992) .

وعندما يكون عمر الطفل بين الشهر الرابع والشهر الثامن تتطور قدرته على التقليد بشكل ملموس ، وإن كان التقليد مقتصراً على الأصوات والأفعال التي تمت ملاحظتها سابقاً . وما بين الشهر الثامن والشهر الثاني عشر من العمر يبدأ الطفل بتقليد الحركات والأهم من ذلك أنه يبدأ بتأدية استجابات لم يظهرها في السابق . وهذه المرحلة بالغة الأهمية بالنسبة للتعلم بالمحاكاة لأنها تشتمل على تطور قدرة الطفل على التعلم الفعال من خلال ملاحظة الآخرين . وما بين الشهر الثاني عشر والثامن عشر يبدأ الطفل بتقليد أنماط جديدة من السلوك بما فيها الأنماط التي يصعب عليه مشاهدتها عندما يقوم بها .

وأخيرا تتطور قدرة الطفل على التقليد الرمزي عندما يكون عمره بين (18) و (24) شهراً . فهو يصبح قادراً على إظهار مهارات التقليد المؤجل ومثل هذه المهارات تعكس تطوراً معرفياً مهماً إذ أنها تتطلب التذكر وتعمل بمثابة قاعدة أساسية لتطور اللغة والتفكير لدى الأطفال . لقد تمت الاشارة إلى أن الأطفال العاديين يقلدون الآخرين

بطريقة عفوية تلقائية ، وأما الأطفال المعوقون فهم غالبا ما يخفقون في تقليد الناس من حولهم . وما يعنيه ذلك هو عدم توقع قيامهم بالتقليد بدون تدريب وتعليم . وعليه فقد طورت عدة مناهج لتعليم مهارات التقليد للأطفال المعوقين . وبوجه عام ، يجب استخدام الخطوات التالية لتحقيق هذا الهدف :

1-القيام بتقليد الطفل :

تبين البحوث العلمية أن الخطوة التمهيدية لتعليم الأطفال مهارات التقليد تتمثل في تقليد أصواتهم وحركاتهم وتعبيراتهم . فمثل هذا الأسلوب يعزز الطفل ويزوده بخبرة مهمة .

2-تزويد الطفل بنماذج تتناسب ومستوى نموه

وهذا يتطلب معرفة القدرات التي يتمتع بها الطفل من جهة والتطور المتسلسل للتقليد الذي تم توضيحه قبل قليل .

3-مساعدة الطفل عند الحاجة لحثه على التقليد

وذلك قد يشمل استخدام التوجيه اليدوي والجسدي أو اللفظي إذا كانت قدرات الطفل تسمح بذلك . كذلك يمكن توظيف عدة أدوات كالمرآة مثلاً إذا كان الهدف تعليم الطفل تعبيرات وحركات مختلفة لا يستطيع مشاهدة نفسه أثناء تأديته لها .

4-جعل التقليد خبرة سارة ومعززة

فالتقليد يجب أن يكون ممتعاً للطفل ويجب أن يحدث في أوقات مناسبة . فعلى سبيل المثال ، ليس من الحكمة تعليم الطفل كيف يقلد عندما يكون جائعاً أو وهو يبكي ولكن تعليمه هذه المهارات وهو يقظ ومتحفز أمر مناسب تماماً ، كذلك يجب تعزيز الطفل بالابتسام والتربيت والطعام والشراب وما إلى ذلك عندما يقوم بتقليد الاستجابات المطلوبة .

ومن المعروف أن النمو المعرفي ليس منفصلاً عن مظاهر النمو الأخرى كالنمو اللغوي والاجتماعي والانفعالي . فمظاهر النمو المختلفة متداخلة يؤثر كل واحد منها بالمظاهر الأخرى ويتأثر بها . والمهارات المعرفية بما تتضمنه من استجابات معقدة موجهة نحو حل المشكلات تمكن الأطفال من فهم العلاقات بين الأشياء وتجعلهم قادرين على تذكر الخبرات ومقارنتها وتوظيفها في حياتهم اليومية .

ولعل المفهوم الرئيسي الذي قامت عليه النظرية التطورية لجان بياجيه(Piaget) هو أن بنية العقل عند الطفل تتطور من خلال التفاعلات الحسية والحركية النشطة مع البيئة . ومن خلال هذه التفاعلات يصبح الأطفال قادرين على التنبؤ بسلوك الأشخاص والأشياء من حولهم .

وبفعل التفاعلات المتكررة والمتنوعة تتغير إدراكات الطفل وأنماط تفكيره . واستناداً إلى بحوث علمية مستفيضة ، خلص بياجيه إلى أن النمو المعرفي لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة يتطور عبر مرحلتين (أنظر الجدول رقم9-1) .

الجدول رقم (9-1)

مراحل النمو المعرفي في الطفولة

المرحلة	العمر التقريبي بالسنوات	الخصائص
الحسية الحركية	منذ الولادة إلى السنة الثانية من العمر .	يميز الطفل نفسه عن الأشياء المحيطة ، ويبحث عن الاثارة ويدرك أن إختفاء الشيء من أمامه لا يعني أنه اختفى من الوجود فهو يبحث عنه . ويتطور لديه معرفة أولية بالأسباب والزمن والفراغ ، ويكتشف طرائق جديدة لتحقيق أهدافه ، وتنبثق لديه أنماط اللعب التخيلي والتفكير الرمزي .
ما قبل العمليات	2-6	تتطور قدرة الطفل على التعبير ويستخدم اللغة الرمزية ، وتنبثق لديه استراتيجيات حل المشكلات حدسياً ، ويتميز تفكيره بالتمركز حول الذات ، وتظهر لديه القدرة على التفكير بالأشياء كمجموعات تربطها علاقات معينة .

وطوال العصور الوسطى ، كان الاعتقاد السائد هو أن قدرات الإنسان الابداعية وخصائصه النمائية محددة منذ لحظة الولادة بفعل العوامل الوراثية وأنه لا دور يذكر للبيئة في ذلك . ولم تبدأ هذه النظرة بالتغير ألا بعد منتصف القرن السادس عشر عندما انبثقت حركة فلسفية أكدت إمكانية تطوير القابليات الإنسانية ورعايتها . وكان من بين الرواد الأوائل في هذا المضمار جون لوك (John Locke) وجان جاك روسو (Jean Jacques Rosseau) وجوهان بستالوزي (Johann Pestalozzi) وفريدريك فروبل (Friedrich Froebel) . على أن تغيرا جوهرياً لم يحدث قبل منتصف القرن العشرين . فمنذ نهاية عقد الأربعينات وبداية عقد الخمسينات لم يعد أحد من المهتمين بنمو الانسان وتعلمه يشك في حقيقة أن التطور إنما هو نتاج تفاعلات تبادلية تشكل من خلالها الخبرات والظروف البيئية القابليات البيولوجية الوراثية للأسوأ أو للأحسن . وقد لا يكون ثمة مبرر حقيقي للخوض في جدلية الوراثة - البيئية ذلك أن كل إنسان لا يملك في الوقت الراهن على الأقل الوسائل لتغيير البنية الوراثية وبالتالي فلا خيار سوى تغيير البيئة . وفي ذلك مبرر قوي للاهتمام بثقافة الطفل وتربيته ببعديهما المعنوي والمادي حيث أنهما يشكلان عنصراً حاسماً وحيوياً من عناصر البيئة التي ترسم ملامح سلوكه وشخصيته .

وليس من شك في أن قدرة الانسان على التعلم في مرحلة الطفولة تفوق توقعات الكثيرين ولكن ذلك لا يبرر خروج البعض باستنتاجات لا أساس لها في البحث العلمي . ومن الأمثلة على إساءة فهم ما تنطوي عليه نتائج الدراسات العلمية ادعاء بعض الكتاب بأن الأطفال يستطيعون اكتساب مهارات معرفية ولغوية معقدة جداً وأن ما يحول دون اكتسابهم لتلك المهارات هو عدم قيام الآباء والمعلمين بتزويد الأطفال بالخبرات المناسبة والبرامج التعليمية والتثقيفية الكافية . وكان من بين النتائج المترتبة على ذلك الاعتقاد الدعوة الى برامج اثارة الاطفال الرضع(Infant Stimulation Programs) باعتبارها قادرة على أن تجعل كل شيء ممكن . وهذا إدعاء لا تدعمه الأدلة العلمية ، فالقدرات المعرفية للأطفال ، وإن كانت أكبر مما كان

يعتقد عنها في السابق ، تبقى محدودة اذ ليس هناك ما يدعم مقولة أن الاثراء التربوي والثقافي المكثف جداً في مرحلة الطفولة المبكرة يترك تاثيرات ايجابية طويلة المدى .

الجدول رقم (9-2)

النمو المعرفي / الإدراكي

الفئة العمرية (12 شهراً فما دون)

الرقم	الفقرة
1-	يزيل قطعة قماش توضع على وجهه ليتمكن من الرؤيا
2-	يهز الألعاب الصغيرة التي تصدر الأصوات
3-	يقلد الايماءات الجسمية (يلوح للوداع)
4-	يضع أشياء صغيرة في وعاء ويخرجها منه
5-	يبحث عن شيء يتم إخفاؤه وهو ينظر

الفئة العمرية (12 - 24 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	لديه قدرة محدودة على الإنتباه
2-	يتعلم من خلال الاستكشاف الذاتي
3-	يعرف الفرق بين «أنا وأنت»
4-	يفهم معنى «على» ، «تحت» ، «في»
5-	يخرج عدداً قليلاً من المكعبات من وعاء
6-	يشير إلى نفسه عندما يُسأل عن إسمه

الفئة العمرية (24-36 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يستجيب للتعليمات البسيطة
2-	يستمتع بالنظر للكتب المصورة
3-	يتحدث قليلاً عما يفعله
4-	يقلد افعال الراشدين
5-	تتطور قدرته على فهم وظائف الأشياء (مثل : الملعقة للأكل)
6-	يعرف الأجزاء والكل
7-	يتعلم من خلال توجيه الراشدين له
8-	يتعرف على نفسه في المرآة

الفئة العمرية (36-48 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يطابق بين لونين أساسيين أو أكثر
2-	يرتب الخرز أو المكعبات حسب الحجم
3-	يتعلم من خلال تقليد وملاحظتهم الآخرين
4-	تتطور قدرته على فهم وظائف الأشياء ويصنفها إلى مجموعات
5-	يعرف عمره
6-	يعرف إسم عائلته
7-	يصبح على وعي بالفروق بين الحاضر والماضي
8-	يرسم صورة ذات ملامح واضحة نسبياً
9-	يطرح أسئلة للحصول على معلومات

الفئة العمرية (48-60 شهراً)

الرقم	الفقرة
-1	يسمى (4-6) ألوان
-2	يتلاعب بالكلمات (يقول كلمات لها نفس الإيقاع أو الصوت)
-3	يطابق بين صور الأشياء المألوفة (مثل الجوارب والحذاء ، البرتقال والتفاح)
-4	يرسم صورة واضحة ويسمي أجزاءها
-5	يعد إلى رقم (10)
-6	يعرف إسم البلدة التي يقطن فيها
-7	تتطور قدرته على معرفة وظائف الأشياء وعلى معرفة مفاهيم الزمن بوضوح
-8	قدرته على الانتباه والتركيز تتحسن كثيراً
-9	يطابق بين أربعة ألوان أساسية

الفئة العمرية (60-72 شهراً)

الرقم	الفقرة
-1	يعرف بعض الأحرف والأرقام
-2	يعد إلى رقم (20) أو أكثر
-3	يصنف الأشياء تبعاً لصفة واحدة (مثلاً : حسب اللون ، الشكل ، الحجم)
-4	يستخدم أدوات غرفة الصف جيداً
-5	يميز بوضوح بين الماضي والحاضر
-6	يعيد سرد القصص من الكتب المصورة
-7	يعرف معاني أطول ، أقصر ، أكبر ، اصغر ، الخ
-8	يعرف القطع النقدية
-9	يعرف المربع والدائرة
-10	يطابق بين (10) من أصل (12) لون

الجدول رقم (9-3)

التسلسل النمائي لمهارات القراءة

الرقم	الفقرة
1-	يغني أغنية الحروف الأبجدية
2-	يقول الحروف الأبجدية
3-	يميز بين الخطوط المستقيمة والمنحنية
4-	يميز الخطوط المائلة (القطرية)
5-	يدرك أن الحروف تختلف عن بعضها البعض
6-	يعرف إسمه عندما يكون مكتوبا على ورقة
7-	يستيطع قراءة الاحرف
8-	يستطيع إعطاء أصوات الأحرف التي يراها
9-	يستطيع إعطاء اصوات الأحرف التي يسمعها
10-	يعطي اسم الحرف الذي يسمع صوته
11-	يستطيع سماع صوت الحرف والاشارة الى شكله
12-	يتعرف على الأصوات الساكنة في بداية الكلمات المنطوقة
13-	يتعرف على الأصوات الساكنة في نهاية الكلمات المنطوقة
14-	يدرك الفروق بين الأصوات الطويلة والقصيرة (مثل الضمة والواو ، والكسرة والياء ، الخ) .
15-	يستطيع مزج الأصوات في كلمات كاملة
16-	يستطيع حذف اصوات محددة من الكلمات التي يسمعها ويقول الكلمة الناتجة
17-	يدرك الأصوات المدموجة في الكلمات التي يسمعها
18-	يدرك الأصوات المدموجة في الكلمات التي يراها
19-	يفهم الفكرة الرئيسية في القطعة المقروءة
20-	يتذكر الحقائق بشكل متسلسل
21-	يميز بين الحقائق والآراء

الجدول رقم (9-4)

التسلسل النمائي لمهارات التهجئة

الرقم	الفقرة
-1	يعرف معنى أن يتبع شيء شيئاً آخر
-2	يستطيع إعادة مقاطع صوتية وكلامية بسيطة
-3	يلفظ الكلمات بشكل مناسب
-4	يستطيع أن يتعرف بصرياً على الفروق بين الأحرف المتشابهة بالنظر
-5	يستطيع ان يتعرف بصرياً على الفروق بين الكلمات المتشابهة بالنظر
-6	يميز اليمين واليسار بالنسبة لنفسه
-7	يميز اليمين واليسار بالنسبة للأشياء من حوله
-8	يستطيع تسمية الأحرف بنجاح
-9	يستطيع كتابة إسمه
-10	يتذكر عنوانه ورقم هاتفه
-11	يتذكر الكلمات التي تعلم قراءتها
-12	يستطيع كتابة الكلمات عندما يتم تهجئتها شفهياً له
-13	يستطيع الاستماع لمجموعة أحرف ومن ثم كتابة كلمة من الذاكرة
-14	لديه قدرة على تهجئة بعض الكلمات
-15	يكتب جملاً لوحده
-16	يكتب قصصاً قصيرة
-17	يتذكر كلمات التهجئة التي تم اختباره فيها

المهارات الحركية

تدريب المهارات الحركية للأطفال المعوقين هو مساعدتهم على إكتساب المهارات التي ستسهل عليهم عملية التعلم والتي ستقود إلى حياة مستقلة بناء على ما تسمح به قدراتهم . وهناك إتفاق على أن جميع الأطفال المعوقين بغض النظر عن شدة إعاقتهم يستفيدون من البرامج الحركية . إضافة إلى ذلك ، فبما أن تعلم المهارات الحركية يتم وفقاً لمبادئ التعلم العامة ، فلا بد من استخدام هذه المبادئ لتعليم المهارات الحركية (Bailey & Wolery, 1992) .

إن الأطفال يتعلمون تعلماً كبيراً في المراحل العمرية المبكرة . لذا يجب تشجيعهم على الحركة والاستكشاف ولكن دون أن يتعرضوا للمخاطر . فهم بحاجة إلى أن يتعلموا في بيئة متفهمة ومحبة . وهم بحاجة إلى التوجيه والتلقين ليلعبوا . كذلك فقد لا يكون لديهم الدافعية للتعلم الحركي كغيرهم من الأطفال . لذلك يجب أن يشجعهم الآباء والمعلمون ويثنوا على محاولاتهم . والمهارات لدى الأطفال تتطور بفعل الخبرة والتجريب . فالممارسة المتكررة ضرورية لأنها تعدل الأنماط السلوكية والحركية ذلك أن الأطفال يستفيدون من خبراتهم السابقة ..والمهارات الحركية اللازمة تعتمد على المرحلة العمرية للطفل . وفي مرحلة الطفولة المبكرة تتضمن المهارات الحركية المهمة : التوازن ، القوة ، المرونة الحركية ، التحمل ، القدرة على التنقل والحركة ، والوعي الجسمي . وينبغي مراعاة الأمور التالية في البرامج التدريبية المصممة لتنمية المظاهر النمائية الحركية لدى الأطفال المعوقين :

1-يجب ملاحظة فترات الاستعداد النمائي لدى الطفل والانتقال تدريجياً من مهارة إلى أخرى .

2-يجب أن تكون البيئة التعليمية سارة وتبعث على الراحة والرضا . فالأطفال يواظبون على المهارات إذا كانت تستثير اهتمامهم وإذا كانوا ينجحون بتأديتها .

3-الممارسة ضرورية ولكنها لا تكفي ، فهي ليست ضمانة للنجاح ، ولذلك

يجب تزويد الأطفال المعوقين بتغذية راجعة تصحيحية . والمعلومات يجب تقديمها فوراً وبدقة .

4-إن تعلم المهارات الحركية يحدث تدريجياً ويتم على شكل إنجازات صغيرة في الأداء يرافقها حذف للحركات غير الهادفة . وبعد تعلم المهارة ، يجب إتاحة الفرص للاستمرار بتأديتها .

5-يجب أن يكون التعلم موجهاً نحو أهداف محددة . ويجب أن تكون الأهداف السلوكية محددة مسبقاً .

6-يجب أن يشارك الأطفال بفعالية في تعلم المهارات الحركية . فالايضاح والممارسة اللفظية أو العقلية غير فعالة إذا لم يصحبها أداء فعلي .

7-قد يساعد التلقين اللفظي والبصري والجسدي في تعلم المهارات الحركية .

8-إن التعزيز الايجابي بالغ الأهمية في تعلم المهارات الحركية ولذلك يجب توظيفه بفعالية وثبات(Bricker & Cripe, 1992) .

هذا ومن غير المتوقع أن تكون كل المهارات الحركية ملائمة أو ضرورية لكل طفل . ولذلك يجب على الأخصائيين والآباء تحديد المهارات المناسبة لكل طفل على حدة . وذلك يتم تحقيقه من خلال تحليل مستوى الأداء الحالي للطفل من حيث مواطن القوة ومواطن الضعف . وإذا لم يتعرف الأخصائيون والآباء على ما يستطيع الطفل عمله وما لا يستطيع عمله فهم قد يحددون مهارات كان الطفل قد تعلمها سابقاً أو مهارات هو غير مستعد لتعلمها حالياً .

ويُقترح أن يقرأ الأخصائي أو الوالدان جميع المهارات التي يتضمنها هذا الجزء . وعند الوصول إلى مهارة لا يستطيع الطفل القيام بها يقترح،وضع دائرة حول رقم تلك المهارة لتشكل نقطة البداية في تدريب الطفل . ويقترح أيضا أن يكون التدريب مبرمجاً وهادفاً وأن يتم وفقاً لجدول نشاطات يومي . فبالنسبة للمهارات الحركية

الكبيرة ، يمكن أن يتم التدريب في أوقات تخصص للعب أو النشاط الحر . أما بالنسبة للمهارات الحركية الدقيقة ، فمن الممكن أن يتم التدريب بشكل موزع في جدول النشاطات اليومي في أوقات مخصصة لتنمية وتطوير تلك المهارات وفي أوقات أخرى مخصصة لمهارات العناية بالذات وغير ذلك .

الجدول رقم (9-6)

1- المهارات الحركية الكبيرة

الفئة العمرية (12 شهراً فما دون)

الرقم	الفقرة
-1	يرفع رأسه وهو ملقي على بطنه
-2	يرفع جسمه متكئاً على ذراعيه وهو ملقي على بطنه
-3	يدير رأسه وعينيه بكل الاتجاهات
-4	يجلس بدون مساعدة
-5	يقلب جسمه بجميع الأوضاع
-6	يدير رأسه وعينيه الى اليمين واليسار
-7	يزحف على بطنه وعلى أطرافه الأربعة
-8	يقف بمساعدة
-9	يمشي وهو مستند إلى الأثاث
-10	يقلد الكبار برمي الكرة

الفئة العمرية (12- 24 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يقف بدون مساعدة
2-	يرمي الكرة إلى الأمام
3-	يركل الكرة إلى الأمام
4-	يمشي ويقف دون أن يفقد توازنه
5-	يحمل أشياء كبيرة نسبياً ويمشي
6-	يسحب ويدفع الألعاب
7-	يقفز
8-	يصعد الدرج بدون مساعدة
9-	ينزل الدرج وأحد الكبار يمسك بيده
10-	يركض دون أن يستطيع التغلب على الحواجز
11-	يمشي إلى الخلف وإلى الجانبين

الفئة العمرية (24- 36 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يصعد وينزل الدرج دون مساعدة
2-	يقف على قدم واحدة
3-	يلتقط لعبة عن الأرض دون أن يسقط
4-	يركض جيداً إلى الأمام
5-	يقفز قفزة واسعة نسبياً
6-	يقود دراجة هوائية ذات ثلاث عجلات لمسافات قصيرة
7-	يمشي على رؤوس أصابع القدمين

الفئة العمرية (24- 36 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يصعد الدرج مستخدماً قدميه بالتناوب
2-	يمشي على خط مستقيم
3-	يركض متخطياً الحواجز
4-	يقفز عن حاجز ارتفاعه 15 سم
5-	يمسك بالكرة إذا رميت له
6-	يرمي الكرة مستخدماً كتفيه ومرفقيه
7-	يقفز على قدم واحدة مرتين أو أكثر
8-	يقف على قدم واحدة لعدة ثواني

الفئة العمرية (48- 60 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يقف على قدم واحدة لمدة خمس ثواني أو أكثر
2-	يمشي على لوحة توازن دون أن يفقد توازنه
3-	يقفز إلى الأمام عشر مرات دون أن يسقط
4-	يمشي إلى الخلف باتقان
5-	يركض على رؤوس أصابع القدمين
6-	يتسلق الأشجار والسلالم

الفئة العمرية (60-72 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يتشقلب من على شيء ارتفاعه 15 سم
2-	يقود دراجة هوائية ذات عجلتين
3-	يحمل أشياء بكلتا يديه أثناء نزول الدرج
4-	يقف على الكعب وعلى أصابع القدمين
5-	يقف على قدم واحدة لمدة عشرة ثوان
6-	يقفز عن حبل ارتفاعه 15 سم
7-	يركل الكرة بقدمه

2- المهارات الحركية الدقيقة

الفئة العمرية (12 شهراً فما دون)

الرقم	الفقرة
1-	ينقر نقرة إيقاعية
2-	ينقل الأشياء من يد إلى اليد الأخرى
3-	يغلق قبضة يده
4-	يفلت الأشياء لا إرادياً
5-	يفتح اليدين معظم الوقت
6-	يمسك الأشياء براحة اليد
7-	يفلت الأشياء من يديه إرادياً

الفئة العمرية (12-24 شهراً)

الرقم	الفقرة
-1	يمسك لعبتين صغيرتين في يد واحدة
-2	يغلق الصناديق الصغيرة
-3	يضع عدة مكعبات في وعاء
-4	يبني برجاً من ثلاثة مكعبات
-5	يضع ثلاث أو أربع حلقات على عمود خشبي
-6	يقلب صفحات الكتاب كل صفحتين أو ثلاث معاً
-7	يدير مقبض الباب أو الراديو

الفئة العمرية (24-36 شهراً)

الرقم	الفقرة
-1	يلتقط الخيط أو الدبوس بمهارة
-2	يبني جسراً أو برجاً أو قطاراً من المكعبات تقليداً للآخرين
-3	يقلب صفحات الكتاب صفحة صفحة
-4	يمسك قلم التلوين بالإبهام والسبابة
-5	يلعب بالمعجونة بشكل مقبول
-6	يرسم خطوطاً أفقية وعمودية ودائرية
-7	يستخدم يداً واحدة في معظم النشاطات

الفئة العمرية (36-48 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يقلد شكل الدائرة وشكل (×)
2-	يبني برجاً من تسعة مكعبات
3-	يضع عدة قطع خشبية ذات أشكال مختلفة في الفتحات المناسبة لها
4-	يجمع لعبة تركيبية من قطعتين

الفئة العمرية (48-60 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يبني برجاً من عشرة مكعبات أو أكثر
2-	يجمع لعبة تركيبية من 5-7 قطع
3-	يكتب بعض الأحرف
4-	يرسم شكل المربع

الفئة العمرية (60-72 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يرسم شكل المثلث
2-	يكتب الأرقام من (1-5)
3-	يمسك القلم كالشخص الراشد
4-	يستخدم الصمغ والألوان جيداً
5-	يلون الأشكال دون أن يخرج عن الإطار
6-	يقص أشكالاً بسيطة
7-	يجمع لعبة تركيبية من (10) قطع

اقتراحات لتحسين الكتابة اليدوية للأطفال

على الرغم من أن محتوى الكتابة أكثر أهمية من شكل الكتابة إلا أن درجة معينة من المهارة على مستوى الأبعاد الميكانيكية للكتابة مطلوبة . وينبغي على المعلمين أن ينفذوا برامج التعليم العلاجي ليس فقط إذا كان خط الطفل غير مقروء ولكن أيضاً إذا كان الطفل يكتب ببطء شديد أو إذا كان يبذل جهداً كبيراً يحول دون تركيزه على الواجب المطلوب منه . وهذا الجزء يقدم حلولاً عملية للمشكلات الشائعة التي قد تعيق عملية الكتابة .

وضع الجلوس الخاطئ

غالباً ما يرتبط الوضع غير الصحيح بمشكلة ما على صعيد انخفاض مستوى التوتر العضلي وذلك قد يجعل من الصعب كثيراً على الطفل أن ينسق حركات يديه عند تأدية العمل الموجه بصرياً . يجب أن يجلس الطفل في كرسي له مقعد منبسط وظهر . ويجب أن يكون ارتفاع الكرسي في مستوى يسمح للطفل أن يضع قدميه بشكل منبسط على الأرض وأن يبقي حوضه وركبتيه وكاحليه في زوايا قائمة . فذلك يساعد الطفل على تحقيق تعديلات وضعية في أثناء حركة ذراعه من طرف الورقة إلى طرفها الآخر . فإذا كان الكرسي مرتفعاً كثيرا فسيضطر الطفل إلى رفع كتفه مما يقيد مدى حركته ، وإذا كان الكرسي منخفضاً كثيراً فقد يميل الطفل إلى دعم جسمه بالاستناد إلى الذراع الأخرى التي لا يكتب فيها . وعند النسخ عن السبورة ، يجب أن يجلس الأطفال الذين يواجهون صعوبة في الكتابة مباشرة أمام المادة المكتوبة التي سيقومون بنسخها لأن المهارات الحركية الدقيقة تكون في أفضل صورها عندما يكون الطفل في وضع جسمي متماثل .

مسك القلم بطريقة غير ناضجة

إن الأطفال الذين يستمرون بمسك القلم بطريقة غير ناضجة قد يكون لديهم انخفاض في مستوى التوتر العضلي وقد يكونوا أخفقوا في تطوير القدرة على عزل

الحركات البعيدة فضبطهم لحركات اليد يأتي من الكتف والكوع وليس من اليد والأصابع . ومع أن التباين البسيط أمر مقبول ، فمن المهم تعزيز العناصر التالية من مسك القلم :

الجدول رقم (9-4)

التسلسل النمائي لمهارات الكتابة اليدوية

الرقم	الفقرة
-1	يتطور لدى الطفل تفضيل لاستخدام إحدى اليدين (اليمنى أو اليسرى)
-2	يمسك قلم الرصاص بشكل مناسب
-3	يجلس بشكل مناسب
-4	يفرق بين أعلى الصفحة وأسفلها
-5	يفهم المفاهيم مثل (كبير ، صغير) و (طويل ، قصير) و (بدين ، نحيف) إلخ
-6	يستطيع التركيز بصرياً على شيء معين
-7	يستطيع الاعتماد على عينيه لعمل الأشياء باليدين
-8	يستطيع أن يخربش بقلم الرصاص من الأعلى إلى الأسفل ومن اليمين الى اليسار
-9	يستخدم يده التي لا يكتب فيها لتثبيت الورقة التي يكتب عليها
-10	يستطيع نسخ الأشكال الهندسية الأساسية
-11	يستطيع نسخ الأحرف على نفس الصفحة
-12	يستطيع نسخ الأحرف من السبورة على الورقة أمامه
-13	يفهم اليمين واليسار
-14	يميز بين الأحرف المكتوبة جيدا والأحرف غير الجيدة
-15	يكتب الأحرف المتشابهة بالشكل بطريقة صحيحة
-16	يترك فراغات بين الأحرف
-17	يترك فراغات بين الكلمات
-18	يكتب الأحرف الموصولة ببعضها البعض بشكل مناسب

1-يجب أن يتكئ الجزء الأمامي من الذراع على سطح الكتابة في وضع معتدل وأن تكون اليد متكئة على الإصبع الصغير . فهذا الوضع يسمح للرسغ بحرية الحركة .

2-يجب أن يكون الرسغ منبسطا قليلاً (في وضع إنحناء للخلف) لأن ذلك يجعل الإبهام في وضع مقابل للأصابع بشكل مريح .

3-يجب أن يكون هناك فراغ دائري مفتوح بين الإبهام والأصابع . فهذا الوضع يسمح بحرية الحركة في كل مفاصل الأصابع وهو كذلك يسمح للأصابع بملامسة القلم بشكل مناسب . ومن أفضل الأساليب لتشجيع الوضع الصحيح لليد ممارسة الكتابة والتتبع والأنشطة الحركية الدقيقة الأخرى على أسطح عمودية للكتابة مثل السبورة وذلك أثناء الجلوس أو الوقوف . فعندما يتم إنجاز العمل بمستوى العينين فإن الطفل لا يستطيع تجنب مسك أداة الكتابة باستخدام وضع الرسغ المرغوب به .

ويستفيد الأطفال الذين يستمرون بمسك القلم بطريقة غير ناضجة من أنواع مختلفة من الأنشطة والتمرينات الحسية – الحركية . فعلى سبيل المثال ، ان الألعاب التي تتضمن ضغطاً عميقاً على مفاصل الكتف مثل الزحف على اليدين والركبتين تساعد الأطفال في زيادة مستوى التحكم والثبات في منطقة الكتف . ويستمتع بعض الأطفال بتعلم لغة الإشارة كطريقة مسلية لممارسة مهارات تحريك الأصابع وقد يستفيد الأطفال الذين يمسكون القلم بطريقة ضعيفة من اقتفاء الأحرف والكلمات باستخدام الشفافيات والرسم أو الكتابة بالمعجون أو على أوراق حساسة للضغط . فالمقاومة التي تحدث عند الكتابة على هذه الأوراق تجعل الطفل يمسك القلم بشكل افضل ويحصل على تغذية راجعة حسية تقود بالتالي إلى تقوية عضلات اليدين .

عدم ثبات أو عدم ملاءمته وضع الورقة

قد تظهر خصائص مرافقة عديدة لدى الأطفال الذين يواجهون صعوبة في وضع الورقة أو تثبيتها . ومن هذه الخصائص :

1-النزعة نحو تبديل اليدين بشكل متكرر أثناء اللعب . وذلك قد يعني أن الطفل غير متأكد من اليد التي يعطيها الدور المسيطر واليد التي يعطيها الدور المساند .

2-الحركات التي لا داعي لها في اليد غير المسيطرة .

3-التردد أو عدم الراحة في قطع الخط الأوسط للجسم سواء بصرياً أو يدوياً . وغالباً ما تكون هذه المشكلة غير واضحة وتظهر فقط على شكل تيبس في حركات الجذع عند الكتابة .

ولمساعدة الأطفال الذين لديهم صعوبات في التكامل الحركي الثنائي ، يجب أن يشجع المعلمون الأطفال على تأدية الأنشطة التي تتطلب استخدام كلتا اليدين بشكل متبادل ، والأنشطة الثنائية المبسطة تتطلب استخدام كلتا اليدين بشكل متماثل كما في التصفيق مثلاً ، أما الأنشطة الأكثر صعوبة فهي تسمح لليد المساندة بلعب دور ثابت ولليد المسيطرة بلعب الدور الديناميكي . ومن الأمثلة على ذلك أن يثبت الطفل وعاء بيده المساندة ويحرك ما في داخله بيده المسيطرة وأما الأنشطة الأكثر تعقيداً فهي تتطلب تحريك كلتا اليدين بشكل تبادلي وباتجاهات متنوعة . والا نشطة التي تتضمن استخدام المقص هي مثال على هذا النوع من الخبرات لأن يداً تحرك المقص واليد الأخرى تثبت الورقة وتهيؤها في زاوية معينة .

عدم التأكد من اليد المسيطرة

إذا لم يكن الطفل قد أظهر تفضيلاً واضحاً لإحدى اليدين عند دخوله الصف الأول فلا بد من اتخاذ قرار وذلك اعتماداً على الملاحظة لمعرفة اليد التي تتمتع

بتنسيق أكثر . وإذا لم يستطع المعلمون والآباء تحديد اليد الأكثر مهارة فلعله من المناسب استشارة أخصائي علاج وظيفي أو أخصائي آخر قبل تشجيع الطفل على استخدام إحدى اليدين . وبعد تحديد اليد المفضلة يجب تعزيز استخدامها . وكذلك يجب تنظيم مكان عمل الطفل بحيث تكون الأدوات على مقربة من اليد المفضلة .

الفصل العاشر

المهارات اللغوية والاجتماعية / الانفعالية

المهارات اللغوية

تعرَّف اللغة بأنها أحد أشكال التواصل المعتمد على استخدام الكلمات وغيرها من الرموز لتمثيل الأشخاص والأحداث والأشياء من حولنا . إنها الوسيلة التي نستخدمها لتنظيم أفكارنا وللتعبير عن حاجاتنا . وتعدّ السنوات الست الأولى من العمر بمثابة المرحلة العمرية الأساسية التي تكتسب فيها المهارات اللغوية . فهذه المرحلة هي مرحلة الفترات الحسَّاسة أو الحرجة بالنسبة للنمو اللغوي كما يعتقد علماء اللغة . ومضمون هذا واضح وجلي فثمة حاجة ماسة إلى التدخل المبكر مع الأطفال الصِّغار في السن الذين لديهم عجز أو تأخر لغوي ، ومن الخطورة تأجيل هذا التدخل أو عدم توفيره لأن تبعات ذلك على نمو الطفل ستكون سلبية جداً .

ومن الواضح أن أختصاصيي التدخل المبكر الذين يقدمون خدمات تربوية وعلاجية خاصة للأطفال المعوقين أو المعرضين للإعاقة يحتاجون إلى معرفة مراحل تطور اللغة لدى الأطفال عموماً إذا كانوا ليتدخلوا بشكل فعال لمعالجة المشكلات اللغوية . إنهم بحاجة إلى أن يعرفوا النمو الطبيعي قبل أن يعرفوا النمو غير الطبيعي وسبل التعامل معه . وفي هذا السياق ، يمكن القول بأن اللغة تتطور من حيث الشكل والمحتوى والاستخدام . فمن حيث الشكل تتطور المهارات اللغوية عبر مراحل متعاقبة هي : مرحلة المناغاة (إصدار أصوات مختلفة أولاً ومن ثم دمجها) ومرحلة شبه الكلام (حيث يصدر الطفل مقاطع صوتية تشبه الكلمات وهذا يحدث بعد الشهر التاسع من العمر) ومرحلة الكلمات المنفردة (يقول الطفل كلمة واضحة وذلك بعد أن يكون بلغ من العمر سنة واحدة) ومرحلة اللغة التلغرافية (حيث تكون لغة الطفل

مختصرة فتخلو من الضمائر وحروف الجر وما إلى ذلك) ومرحلة التعميم الزائد (حيث يستخدم الأطفال صيغ الجمع للأسماء بشكل متشابه وكذلك الأمر بالنسبة للفعل الماضي ، إلخ) ومرحلة البنى اللغوية الأساسية التي تجعل لغة الطفل قريبة من لغة الراشد .

أما بالنسبة للمحتوى (أي الأشياء التي يتكلم الأطفال عنها) فهو أيضاً يتطور تدريجياً مع تقدم عمر الطفل . فهو يبدأ بتسمية الأشياء والأحداث وذلك يعدّ بمثابة المرحلة الأولى في تطور الذخيرة اللفظية . وهذه الذخيرة تتسع وتصبح أكثر تطوراً بالخبرة فهي تنتقل من مرحلة التوسع بمعاني الكلمات (توظيف مفهوم الشكل أو اللون أو الحجم للتعبير عن الأشياء التي لا يعرف الطفل إسمها) إلى مرحلة النمو اللغوي المتعلق بالعلاقات المكانية والزمن والمفاهيم المجردة . وأما بالنسبة للتطور على صعيد استخدام اللغة وتوظيفها في عملية التواصل الإنساني فاللغة تتطور من مرحلة اللغة الجسمية (النظر ، اللمس ، البكاء ، الضحك ، إلخ) واللغة غير اللفظية (الإشارة ، إعطاء الأشياء) إلى اللغة اللفظية أو لغة الكلام .

وعلى أيّ حال ، فتطور اللغة له متطلبات أساسية وعدم تحققها يترك تأثيرات متنوعة على قدرة الطفل على إكتساب المهارات اللغوية . ومن المعروف أن الإعاقة السمعية هي أحد أخطر العوامل التي تعيق تطور اللغة . فالطفل المعوق سمعياً قد يصبح أبكماً دون تدريب لغوي مبكر ومكثف . وتلعب حاسة البصر أيضاً دوراً مهماً في تطور المفاهيم اللغوية المعقدة ولذلك قد تؤدي الإعاقة البصرية أو الاضطرابات البصرية المتعلقة بالإدراك والذاكرة والتمييز إلى مشكلات كبيرة في المهارات اللغوية التعبيرية . ويعتبر العجز أو التأخر اللغوي من المظاهر الرئيسية المرتبطة بالتخلف العقلي ، ذلك لأن هناك علاقة قوية بين النمو المعرفي والنمو اللغوي كما اشرنا سابقاً .

ومن متطلبات النمو اللغوي أيضاً الذاكرة فهي تلعب دوراً بالغ الأهمية في اكتساب اللغة والانتباه إذ أن العجز عنه يترك تأثيرات مهمة على النمو اللغوي . ولما

كانت فئات الإعاقة المختلفة كثيراً ما تنطوي على ضعف في واحدة أو أكثر من الوظائف المذكورة ، فلا غرابة في أن نجد أن نسبة كبيرة من الأطفال المعوقين يحتاجون إلى شكل أو آخر من أشكال التدخل العلاجي اللغوي المبكر . وما ينبغي التأكيد عليه هنا هو أن مراحل النمو اللغوي لدى الأطفال المعوقين تشبه مراحل النمو اللغوي لدى الأطفال غير المعوقين . فالفرق في سرعة النمو اللغوي أكثر مما هو في تسلسله .

أساليب تطوير المهارات اللغوية

1-إن أفضل وسيلة لتطوير المهارات اللغوية للطفل هي توفير الفرص الكافية له للتفاعل مع الأشخاص الآخرين . فالكمبيوتر والبطاقات وما إلى ذلك أدوات مساعدة ومفيدة ولكنها ليست بمستوى فاعلية التواصل الإنساني .

2-يجب أن يكون التدريب اللغوي طبيعياً وواقعياً ويجب أن يتضمن استخدام اللغة بطريقة وظيفية وهادفة . ولذلك يجب ألا يقتصر التدريب اللغوي على جلسات علاجية خاصة في عيادة تخصصية أو في غرفة للعلاج النطقي بل يجب أن يمتد ليشتمل كافة الأوضاع والنشاطات في المدرسة والبيت .

3-يجب تحديد طبيعة حاجة الطفل إلى العلاج اللغوي في ضوء تقييم موضوعي لمستوى أدائه الحالي وبناء على معرفة علمية كافية بمراحل تطور اللغة من حيث الشكل والمحتوى والاستخدام .

4-يجب العمل على تنويع استخدام الكلمات بحيث يتم تعريف الطفل بمختلف المعاني للكلمة والهدف من ذلك هو تشجيع الأطفال على التوسع في توظيف الكلمات التي نجحوا في تعلمها .

5-يجب تعليم المهارات اللغوية في أجواء سارة وممتعة وذلك يتطلب معرفة خصائص كل طفل على حدة لتحديد الأحداث والمواقف المحببة إلى نفسه (Odom & Karnes, 1988) .

الجدول رقم (10-1)

النمو اللغوي

1- اللغة الاستقبالية

الفئة العمرية (12 شهراً فما دون)

الرقم	الفقرة
-1	يتوقف عن الحركة استجابة للأصوات
-2	يجفل من الأصوات (ترمش عيناه ، يبكي ، يمد أطرافه)
-3	يدير رأسه نحو مصدر الصوت
-4	يستجيب للكلمات مثل (باي - مرحبا)
-5	استجابته تختلف باختلاف خصائص صوت المتكلم
-6	يستجيب لصوت الجرس

الفئة العمرية (12-24 شهراً)

الرقم	الفقرة
-1	يعطي الراشدين أشياء مختلفة عندما يطلبونها منه
-2	يفهم معاني الجمل البسيطة
-3	يستجيب للتعليمات البسيطة
-4	يشير إلى الناس المألوفين وإلى الألعاب .
-5	يشير إلى ثلاثة أو أكثر من أجزاء جسمه

الفئة العمرية (24-36 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يشير إلى صور الأشياء المألوفة عند ذكر أسمائها له
2-	يستمتع بالاستماع إلى القصص القصيرة ويطلب إعادتها
3-	يفهم معنى الأسئلة من نوع ، أين؟ . . . ماذا؟
4-	يطيع تعليمات الآخرين التي تتضمن طلب أشياء معينة منه
5-	عندما يطلب منه ، فهو يشير إلى الفنجان ، الملعقة ، القطة ، الباب ، النافذة ، والكلمات المشابهة
6-	يشير إلى ستة أو أكثر من أجزاء الجسم

الفئة العمرية (36-48 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يبدأ باستيعاب الجمل المتضمنة للوقت
2-	يشير إلى اللسان ، الرقبة ، الذراع
3-	يفهم الجمل السببية

الفئة العمرية (48-60 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يشير إلى ثلاث من ست صور يتم وصفها له
2-	يفهم التسلسل الزمني للأحداث التي توصف له
3-	يستمع إلى القصص الطويلة ولكنه قد لا يستوعب الحقائق
4-	يفهم المفردات المستخدمة للمقارنة (مثل جميل ، أجمل)

الفئة العمرية (60-72 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يتبع التعليمات المركبة بالتسلسل
2-	يستطيع الاشارة الى (القليل ، الكثير)
3-	يعرف معاني العديد من المفردات
4-	يستطيع تأدية المهارات اللغوية قبل الاكاديمية

2- اللغة التعبيرية : الفئة العمرية (12 شهراً فما دون)

الرقم	الفقرة
1-	يبكي ويصدر أصواتاً أخرى
2-	يكرر بعض الأصوات عندما يكون وحيداً وعندما يكون مع الآخرين
3-	يحاول تقليد الأصوات التي يسمعها
4-	يتفاعل مع الآخرين من خلال إصدار الأصوات للحصول على انتباههم
5-	يبتسم للآخرين
6-	يقول (ماما ، بابا) وكلمة أخرى على الأقل
7-	يضحك بصوت مسموع

الفئة العمرية (12-24 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يصدر اصواتاً وإيماءات تعبر عن حاجته
2-	يقول أول كلمة لها معنى
3-	يستخدم كلمات منفردة وإيماءات للحصول على الأشياء
4-	ذخيرته اللفظية قد تصل إلى خمسين كلمة
5-	يشير إلى نفسه بالاسم
6-	يستخدم كلمات متتابعة لوصف الأحداث

الفئة العمرية (24-36 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يقول جملاً من كلمتين
2-	يقول اسمه واسم عائلته
3-	يعبر عن الإحباط عندما لا يفهمه الآخرون
4-	يقول عبارات سلبية (مثل : لا استطيع عمل ذلك)

الفئة العمرية (36-48 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يقول جملاً من ثلاث كلمات أو أكثر
2-	يتحدث عن خبراته الماضية
3-	يستخدم كلمة (أنا) و (لي)
4-	يستطيع أن يردد أنشودة واحدة على الأقل
5-	لغته مفهومة للأشخاص الغرباء

الفئة العمرية (48-60 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يستطيع التعبير عن مضمون القصة
2-	يتحدث بلغة العلاقات السببية
3-	يسأل أسئلة عن الوقت والسبب والكيفية
4-	يسمي أكثر من عشر صور للأشياء المألوفة
5-	يتحدث مستخدماً كلمات تشير إلى المستقبل
6-	يتحدث مستخدماً جملاً كاملة تقريباً

الفئة العمرية (60-72 شهراً)

الرقم	الفقرة
-1	الفروق بين لغته ولغة الكبار قليلة
-2	يتحدث مع الآخرين بطريقة مناسبة (يأخذ دوره)
-3	يقدم المعلومات للآخرين بشكل جيد
-4	يتواصل جيدا مع افراد الأسرة والأصدقاء والغرباء
-5	يسأل عن معاني المفردات
-6	يقول ما هي أوجه الشبه وأوجه الخلاف بين مجموعة من الصور

المهارات الاجتماعية / الإنفعالية

كثيراً ما تفرض الإعاقات قيوداً خاصة على الأطفال قد يكون لها أثر كبير على تطور مهاراتهم الاجتماعية والانفعالية . وهي كذلك تقود إلى ردود فعل واستجابات لدى الآخرين قد يصعب التمييز بين تأثيراتها وتأثيرات الإعاقة على النمو . فالتخلف العقلي مثلاً قد يمنع الطفل من التمتع بالقدرات الاجتماعية والانفعالية التي يستطيع الأطفال العاديون من نفس العمر الزمني إظهارها . وذلك قد يؤدي إلى عزل الطفل المتخلف عقلياً عن أترابه فهو قد يتعرض للازعاج والسخرية والاصابات التي يكون من نتائجها في كثير من الأحيان شعور الطفل بالعجز وتدني مستوى مفهوم الذات من جهة والميل إلى الإنسحاب الإجتماعي أو العدوانية من جهة أخرى . إضافة إلى ذلك ، فالتخلف العقلي قد يحول دون قدرة الطفل عن التعبير عن حاجاته ورغباته ومشاعره وذلك قد يكون له تأثير سلبي على علاقة الراشدين به بمن فيهم الوالدين .

أما بالنسبة للإعاقة السمعية فهي كما هو معروف تضع قيوداً كبيرة جداً على قدرة الطفل على التواصل مع الآخرين . وتبين الدراسات العلمية أن ذلك غالباً ما يقود إلى انخفاض مستوى النضج الاجتماعي والاعتمادية والتمركز حول الذات

وإساءة فهم تصرفات الآخرين . وتشير الدراسات أيضاً إلى ان نسبة كبيرة من الأفراد المعوقين سمعياً يعانون من مستويات متفاوتة من عدم الاستقرار الإنفعالي .

وأما بالنسبة للنمو الاجتماعي - الانفعالي للأطفال المعوقين بصرياً ، فهو أيضاً يتأثر بكل من فقدان البصر ذاته واتجاهات الآخرين وردود افعالهم . فالطفل المعوق بصرياً لا يستجيب كالأطفال الآخرين وهو قد لا يحاول استكشاف البيئة وبناء العلاقات مع الأشخاص من حوله الأمر الذي قد يؤدي إلى تجنب التفاعل معه أو حتى رفضه . وقد توصلت عدة دراسات علمية إلى أن مثل هذه الخبرات في الطفولة المبكرة قد تؤدي لاحقاً إلى الاضطراب الانفعالي والسلبية.(Bailey & Wolery, 1992)

وقد لا يكون الطفل المعوق جسمياً أفضل حالاً من الناحية الاجتماعية - الانفعالية من الأطفال ذوي الاعاقات الأخرى . فالأطفال المعوقون جسمياً كثيراً ما يظهرون استجابات حركية غير إرادية أو غير عادية لأسباب مختلفة . وهم أيضاً غير قادرين على التنقل والتحرك في البيئة كغيرهم من الأطفال مما يعني عدم توفر الفرص الكافية لهم لتعلم المهارات الاجتماعية المناسبة . وما من شك في أن العوامل البيئية المتمثلة بعدم القبول الاجتماعي وتدني التوقعات والاتجاهات السلبية تؤدي إلى الاضطراب في النمو الاجتماعي - الإنفعالي .

وبالنسبة للأطفال المضطربين سلوكياً وذوي الصعوبات التعلمية فمن الواضح أن اضطراب النمو الاجتماعي - الانفعالي يشكل أحد أهم الخصائص لهذه الفئة من الأطفال . فهم يسيئون التصرف في المواقف الاجتماعية ، ويشعرون بعدم الكفاية الشخصية ، ولا يستطيعون إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين . وهم يميلون إلى إظهار الاستجابات غير الاجتماعية ، والعدوانية ، والتخريبية ، وعدم الطاعة وما إلى ذلك .

هذا وتصنف الاستجابات الاجتماعية - الانفعالية الى استجابات مناسبة أو تكيفية (وهي تلك الاستجابات التي تسهل التفاعل الاجتماعي والتكيف

الشخصي) واستجابات غير مناسبة أو غير تكيفية (وهي الاستجابات التي تعيق التفاعل الاجتماعي والتكيف الشخصي) .

وينبغي على برامج التدخل المبكر أن تولي إهتماما كبيراً بتطوير المهارات الاجتماعية والانفعالية للأطفال المعوقين لأربعة أسباب رئيسية وهي :

1-إن مظاهر العجز في السلوك الاجتماعي - الانفعالي تظهر لدى جميع فئات الإعاقة بأشكال مختلفة وبنسب متفاوتة .

2-إن العجز في المهارات الاجتماعية - الإنفعالية يتوقع له أن يزداد شدة دون تدخل علاجي فعال .

3-إن عدم تمتع الطفل بالمهارات الاجتماعية - الإنفعالية يؤثر سلباً على النمو المعرفي واللغوي وغير ذلك من المهارات الضرورية .

4-إن اضطراب النمو الاجتماعي - الإنفعالي في مرحلة الطفولة يعمل بمثابة مؤشر غير مطمئن للنمو المستقبلي فهو غالباً ما يعني احتمالات حدوث مشكلات تكيفية في المراحل العمرية اللاحقة .

أساليب تعليم المهارات الاجتماعية - الانفعالية

من المناسب الاشارة أولاً إلى أن طبيعة المهارات الاجتماعية غالباً ما تتطلب تدريب الطفل في مواقف اجتماعية . فالتصرف السليم في المواقف الاجتماعية المختلفة (مثل اللعب بشكل مناسب مع الأطفال الآخرين) يصعب تعليمه في جلسات تدريب فردية ولذلك يجب أن تكون جزءاً من جدول النشاطات اليومي للأطفال وبخاصة النشاطات الجماعية .

وتبين الدراسات أنّ بالإمكان زيادة مستويات التفاعل الاجتماعي بين الأطفال المعوقين الصغار في السن من خلال تنظيم الأبعاد البيئية المختلفة . فمن المعروف مثلاً أن خصائص الألعاب لها تأثيرات مباشرة على السلوك الاجتماعي . فالألعاب التي

يلعبها طفل واحد في الوقت الواحد ذات تأثير مختلف عن الألعاب التي تتطلب التفاعل بين طفلين أو أكثر . فاللعب بالمعجون أو أقلام التلوين أو المكعبات (وهي جميعاً ألعاب فردية) لا يشجع الأطفال على التفاعل الاجتماعي كاللعب بالدمى أو الألعاب الرياضية والترفيهية . وعلى أي حال ، فإن ما يحدد كون اللعبة اجتماعية أم لا هو عمر الأطفال .

وتجدر الإشارة في هذا السياق إلى أهمية مراعاة العمر النمائي للطفل عند اختيار الألعاب . فقد يكون مفيداً للغاية أن يتم ملاحظة الطفل للتعرف على مستوى الأداء الاجتماعي الذي يظهره ومن ثم اختيار النشاطات والألعاب التي تناسب قدراته وتطورها . كذلك يفضل جدولة النشاطات اليومية للأطفال بحيث يسمح بتوفير فترات زمنية حرة يقوم الأطفال فيها ذاتياً باختيار النشاطات . ولا بد من الإشارة أيضاً إلى أن بحوثاً علمية مستفيضة قد بينت فاعلية استخدام أسلوب النمذجة (التعلم بالمحاكاة) لتدريب الأطفال المعوقين الصغار في السن على تأدية المهارات الاجتماعية المناسبة .

وفي النمذجة ، كما هو معروف ، يشجع الطفل على ملاحظة أطفال آخرين يسلكون على نحو اجتماعي مرغوب فيه أمامه أو في فيلم ، إلخ . ولكن الملاحظة لوحدها لا تكفي لتعلم سلوك النموذج ، إذ لا بد من دعم الملاحظة والتفاعل مع النموذج بالتعزيز الايجابي . ولعل هذا المبدأ من مبادئ التعلم الاجتماعي هو أحد العوامل الرئيسية التي تبرر دمج الأطفال المعوقين مع الأطفال العاديين .

وإذا لم يكن هذا الأسلوب كافياً لحث الطفل المعوق على التفاعل مع الأقران ، فقد تحتاج المعلمة إلى استخدام التشكيل (التعزيز التفاضلي الذي يتضمن تجاهل السلوك غير الاجتماعي وتعزيز السلوك الاجتماعي) والتلقين الجسمي واللفظي والايمائي . ومثل هذه الأساليب تشمل تهيئة الفرص المناسبة للتفاعل الاجتماعي أولاً ومن ثم توظيف مبادئ التعزيز الايجابي بشكل فعال (تقديم التعزيز بعد حدوث السلوك مباشرة ، تنويع التعزيز ، استخدام جداول التعزيز بشكل مناسب ، الخ) .

وعندما يكون الهدف هو خفض معدلات حدوث السلوك الاجتماعي غير المناسب (عدم اتباع التعليمات ، العدوان الجسمي ، الانسحاب الاجتماعي ، ايذاء الذات ، الاثارة الذاتية) فلا بد من استخدام أساليب أخرى . ومن أهم هذه الأساليب وأكثرها فاعلية إزالة المثيرات والظروف البيئية التي تهيئ السلوك الاجتماعي المناسب لهم وتعزيزهم عند الامتثال للتعليمات ، واستخدام العقود السلوكية ، والمحو (التجاهل) ، وتوظيف المثيرات التنفيرية عند الحاجة (التوبيخ اللفظي ، الاقصاء عن التعزيز الايجابي ، والتصحيح الزائد) . وأخيراً ، فإن على المعلمة استخدام الاستراتيجيات الأساسية لتطوير المهارات الاجتماعية - الانفعالية للأطفال المعوقين الصغار في السن :

1-قدمي النموذج المناسب للطفل . لا تستخدمي العقاب الجسدي أو اللفظي .

2-استخدمي الاجراءات الوقائية ، فلا تنتظري إلى أن تحدث المشكلات .

3-تفهمي حاجات الأطفال إلى الحركة والاستكشاف . لا تتوقعي منهم أن يجلسوا أو يسكتوا فترة زمنية طويلة .

4-عرفي الأطفال بما هو متوقع منهم في المواقف الجديدة .

5-انتبهي إلى الطفل الذي يحسن التصرف ، وزوديه بالتعزيز المناسب .

6-استخدمي النشاطات الملائمة لأعمار الأطفال وقدراتهم ، فإذا كانت النشاطات صعبة جداً أو سهلة جداً فهي ستؤدي إلى الإحباط .

7-وفري للأطفال نشاطات مختلفة ، فعدم انشغالهم بنشاط محدد يقود إلى الفوضى والسلوك غير المناسب (Hayden, Karnes & Wood, 1977) .

الجدول رقم (10-2) النمو الاجتماعي / الإنفعالي الفئة العمرية (12 شهراً فما دون)

الرقم	الفقرة
1-	يهتم بالوجوه
2-	يبتسم بتلقائية (ابتسامة اجتماعية)
3-	ينتبه عندما يذكر إسمه
4-	يستجيب لكلمة (لا)
5-	يقلد الأفعال البسيطة للآخرين
6-	يضع الأشياء في فمه
7-	يحاول الوصول إلى الأشخاص المألوفين
8-	يميز الغرباء
9-	يلعب بنشاط بالألعاب الصغيرة
10-	يتعاون في اللعب مع الكبار
11-	يحاول الوصول إلى الألعاب التي ليست بمتناول يده

الفئة العمرية (12-24 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يبادر إلى اللعب
2-	يقلد سلوك الآخرين في اللعب
3-	يساعد في إعادة الاشياء إلى مكانها
4-	يقترب من الأشخاص الذين يعرفهم
5-	يحاول الحصول علي انتباه الآخرين
6-	يلعب لوحده ولكنه يفضل اللعب قريباً من الراشدين
7-	يمشي في الغرفة دون مساعدة
8-	يستكشف البيئة بتواصل
9-	يشير إلى نفسه بالإسم
10-	نادراً ما يضع الألعاب في فمه

الفئة العمرية (24-36 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يلعب بجانب الأطفال الآخرين وليس معهم
2-	يراقب الأطفال الآخرين ويشاركهم اللعب أحياناً
3-	يدافع عن ممتلكاته الشخصية
4-	يبدأ بممارسة لعبة (البيت)
5-	يستخدم الأشياء ونفسه بطريقة تمثيلية (رمزية) في اللعب
6-	يشارك في النشاطات الجماعية البسيطة (كالتصفيق والغناء)
7-	يستمتع بالذهاب إلى حديقة الألعاب
8-	يختلف بالرأي مع الآخرين أكثر من أي مرحلة عمرية سابقة
9-	له ألعابه المفضلة
10-	يحب الحصول على ممتلكات الآخرين
11-	يطلب انتباه أمه إليه بتواصل
12-	يشعر بالغيرة عندما يحصل الآخرون على الانتباه

الفئة العمرية (36-48 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يلعب مع الأطفال الآخرين ويتفاعل معهم
2-	يعطي الآخرين ألعابه وينتظر دوره تحت الإشراف
3-	يبدأ اللعب الدرامي ويمثل المواقف (مثل السفر ، وتقليد الحيوانات)
4-	يفترق عن أمه دون أن يبكي
5-	يعرف هل هو ولد أم بنت

الفئة العمرية (48-60 شهراً)

الرقم	الفقرة
-1	يلعب ويتفاعل مع الأطفال الآخرين
-2	يبدي إهتماماً بمعرفة الفرق بين الجنسين
-3	اللعب الدرامي يصبح أقرب إلى الواقع
-4	يلعب ألعاب (ارتداء الملابس)
-5	يحتاج إلى الأطفال الآخرين ليلعب معهم
-6	يبدي رعاية لمن هم أصغر منه سناً
-7	يستمتع بارتداء ملابس الكبار
-8	يصرخ ويتذمر عندما يشعر بالإحباط
-9	يذهب في رحلة قصيرة خارج البيت

الفئة العمرية (60-72 شهراً)

الرقم	الفقرة
-1	يختار أصدقاءه
-2	يلعب ألعاباً تنافسية
-3	يلعب ألعاب (طاولة) بسيطة
-4	يلعب مع المجموعة بانسجام مراعياً الدور والعدالة
-5	يتعاون مع الآخرين في مجموعة صغيرة
-6	يتصرف بلطف نحو الصغار ونحو الحيوانات الأليفة
-7	يلعب ألعاباً (أرضية) معقدة
-8	يطلب مساعدة الكبار عند الحاجة فقط
-9	يتصرف وفق أفكار الكبار
-10	يستكشف بيوت الجيران
-11	يذهب إلى المدرسة دون إشراف مباشر

الفصل الحادي عشر

مهارات العناية بالذات والنمو الحسي

إن الهدف الأساسي الذي تحاول برامج التربية الخاصة بكافة مستوياتها ومراحلها تحقيقه هو مساعدة الفرد المعوق على الاعتماد على النفس والاستقلالية الذاتية . وهذا الأمر صحيح فيما يتعلق بمجالات النمو المختلفة ولكنه أكثر ما يكون أهمية على صعيد العناية بالذات كتناول الطعام والشراب ، وارتداء الملابس ، والعناية بالنظافة ، والسلامة الشخصية ، واستخدام الحمام .

وبالرغم من أن عدم قدرة الطفل على تأدية مهارات العناية بالذات قد يكون ناتجاً عن عوامل عضوية (كتلف الجهاز العصبي المركزي) ، إلا أن هذه المهارات تتأثر وبشكل واضح بالعوامل البيئية . والعوامل البيئية وليس العوامل العضوية الفسيولوجية هي التي يستطيع القائمون على تربية الطفل التحكم بها وتنظيمها أو إعادة تنظيمها . بعبارة أخرى ، إن هذه المهارات متعلمة ومن المفيد النظر إليها على أنها كذلك .

أساليب تدريب مهارات تناول الطعام والشراب

إن نسبة كبيرة من الأطفال المعوقين الصغار قد تعاني من مشكلات حقيقية فيما يتعلق بتناول الطعام والشراب بشكل مستقل . فهم قد يواجهون صعوبات باستخدام المصاصة أو بحمل الملعقة أو الشوكة وغير ذلك . وفيما يلي وصف موجز لأهم الأساليب التي يجب استخدامها عند محاولة تطوير مهارة تناول الطعام لدى الطفل المعوق :

1- ان افتقار الأطفال المعوقين إلى مهارات العناية بالذات ، بما فيها تناول

الطعام ، يعود جزئيا على الأقل ، الى عدم اهتمام اخصائيي التربية الخاصة بهذا الجانب من جوانب النمو . لذلك لا بد من تغيير الاتجاهات نحو هذه المهارات وأهمية تطورها وجدولة النشاطات اليومية للأطفال في المدرسة بحيث تشمل جلسات تدريبية خاصة لتنمية مهارات تناول الطعام والشراب .

2- ليس من الحكمة توقع اكتساب الطفل المعوق لمهارات ليس لديه الاستعداد النمائي أو العمري لتعلمها . فالمهارات المعقدة تسبقها مهارات بسيطة ، ولذلك يجب تدريب الأطفال على المضغ والشرب من الفنجان واستخدام الأدوات العادية إذا أمكن والمكيفة اذا دعت الحاجة قبل تعليمهم المهارات المعقدة والأكثر تطورا .

3- في المراحل التدريبية الأولى يجب استخدام التوجيه الجسدي والتعليمات اللفظية والنمذجة حسبما تقضي الظروف وبعد ذلك يجب التوقف عن مساعدة الطفل تدريجيا لكي يصبح قادرا على القيام بذلك بمفرده .

4- إن الاعاقة في بعض الاحيان تمنع الطفل من تأدية هذه المهارات لأنها تؤثر تأثيرا كبيرا على قدرته على الجلوس بشكل مناسب أو لأنها تودي الى ردود فعل انعكاسية غير تكيفية ولذلك فإن من الأهمية بمكان الاهتمام بهذه الحاجات الخاصة للطفل والعمل على تلبيتها باستخدام مقاعد معدلة أو أدوات مصصمة خصيصا لمراعاة طبيعة الإعاقة .

أساليب تدريب مهارات استخدام التواليت

قد يشكل ضبط المثانة والأمعاء مشكلة حقيقية بالنسبة للطفل المعوق والأشخاص القائمين على رعايته . بل ان هذه المشكلة ما تمثل عقبة رئيسية في قبولهم وتأهيلهم . وكما هو الحال بالنسبة لجميع الأطفال ، فأن مهارات استخدام التواليت بشكل مناسب لا تظهر فجأة لدى الطفل المعوق ولكنها تتطور تبعا لتسلسل

نمائي محدد ، ولكنها تستغرق وقتاً أطول في حالة الأطفال المعوقين . وقد يكون سبب ذلك عضوياً أو نفسياً . وبشكل عام ، تتطور القدرة على ضبط المثانة في النهار قبل أن تتطور في الليل . ومن المؤشرات الرئيسية على استعداد الطفل لتعلم هذه المهارات ما يلي :

1- ان يكون له مواعيد معروفة لدخول التواليت .

2- ان تكون ملابسه غير مبللة في أوقات محددة .

3- أن تكون لديه القدرة على الحركة بشكل مستقل .

4- ان يكون لديه القدرة على التعبير عن رغبته في الدخول الى التواليت بشكل أو بآخر .

5- أن يمتلك الطفل المهارات اليدوية اللازمة لإرتداء الملابس وخلعها .

6- أن يكون الطفل قادرا على الجلوس على المرحاض لمدة كافية .

7- أن يكون الطفل قاردا على استيعاب التعليمات والتوجيهات البسيطة .

هذا ويمكن تقديم التوصيات التالية فيما يتعلق بتدريب الأطفال المعوقين مهارات استخدام التواليت .

- اهتم بتدريب الطفل في النهار أولا .
- اهتم بتدريب الطفل على ضبط المثانة قبل أن تركز على تدريبه عل ضبط الأمعاء .
- علم الطفل الجلوس بشكل مناسب .
- درب الطفل على الذهاب إلى التواليب عند الحاجة وإذا كان ذلك صعبا علمه أسلوبا معينا للتعبير عن حاجته لذلك .

أساليب تدريب مهارات ارتداء الملابس وخلعها

1- استخدم ملابس واسعة نسبياً لكي يستطيع الطفل خلعها بسهولة نسبياً .

2- نفذ النشاطات التدريبية في الأوقات الطبيعية وذلك يتطلب التعاون بين المدرسة والبيت .

3- ساعد الوالدين في اختيار وتكييف الملابس بحيث تصبح مناسبة أكثر وتحث الطفل عل الاستقلالية في الأداء .

4- انتقل تدريجيا من السهل الى الصعب . فالأطفال مثلا يتعلمون خلع الملابس قبل أن يتعلموا ارتداءها . كذلك فإن ارتداء الملابس وخلعها أسهل من فك الأزرار مثلا .

5- استخدم أسلوب تحليل المهارات فهو مفيد جداً لتعليم هذه المهارات (Bailey & Wolery, 1992) .

الجدول رقم (11-1)
مهارات العناية بالذات
الفئة العمرية (12 شهراً فما دون)

الرقم	الفقرة
1-	يحمل زجاجة الحليب بيده
2-	يشرب السوائل ويأكل الطعام المهروس
3-	يأكل البسكويت لوحده
4-	يمسك الفنجان بكلتا يديه
5-	يرفع ذراعيه عندما تلبسه أمه الملابس
6-	يغلق فمه دون أن يسيل لعابه
7-	يمص جيدا مستخدما شفتيه وفمه

الفئة العمرية (12- 24 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يستخدم الملعقة بطريقة أولية
2-	يشرب من الفنجان وهو يمسك به بيد واحدة
3-	يسحب السحاب الواسع
4-	يعبر عن حاجته لدخول الحمام
5-	تتطور قدرته على ضبط الأمعاء (الخروج)
6-	ينشف ووجهه ويديه بمساعدة
7-	يتعاون مع أمه جيدا عندما تلبسه الملابس
8-	يمضغ الطعام والشراب
9-	يعبر عن حاجته الى الطعام والشراب
10-	يميز الأشياء القابلة للأكل من الأشياء غير القابلة للأكل

الفئة العمرية (24- 36 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يستخدم الملعقة بشكل جيد
2-	يشرب من الحنفية دون مساعدة
3-	يخلع المعطف
4-	يغسل ملابسه وحذاءه وجواربه
5-	يحمل الفنجان ويشرب منه ويعيده
6-	يرتدي ملابسه بمساعدة
7-	يخلع ملابسه وحذاءه وجواربه
8-	يستطيع تزرير زر واحد أو اثنين
9-	ينشف يديه دون مساعدة
10-	لا يبلل ثيابه في النهار إلا نادرا
11-	يتبع أمه ويقلدها في الأعمال المنزلية

الفئة العمرية (36- 48 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يصب الماء من إناء صغير
2-	يفك ويزرّر الأزرار الكبيرة
3-	يغسل يديه بدون مساعدة
4-	يستخدم الحمام بشكل مستقل
5-	ينظف أنفه عندما يتم تذكيره
6-	يدهن الخبز بالمربى أو بالزبدة مستخدما السكين
7-	يأكل باستخدام الشوكة والملعقة باتقان
8-	لا يبلل الفراش في الليل
9-	يستطيع حمل الأشياء القابلة للكسر دون أن يكسرها
10-	يستطيع أن يحمل إناء فيه ماء دون أن يسكب الماء على الأرض

الفئة العمرية (48- 60 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يقطع الخضار السهلة مستخدما السكين
2-	يزرر أربعة أزرار أو أكثر
3-	يمشط شعره
4-	يعرف عنوان منزله
5-	يتجنب تناول المواد غير القابلة للإستهلاك
6-	يتناول الطعام بنفسه بعد تحضيره له
7-	يستيقظ من النوم ليلا ليذهب الى المرحاض

الفئة العمرية (60- 72 شهراً)

الرقم	الفقرة
1-	يرتدي الملابس كاملا لوحده
2-	يربط رباط الحذاء
3-	ينظف أسنانه دون مساعدة
4-	يعبر الشارع بأمان
5-	يعيد الألعاب الى أماكنها
6-	يختار الملابس الملائمة للظروف الجوية
7-	يخدم نفسه كاملا عند تناول الطعام

النمو الحسي

من أجل فهم القدرات والمحددات الحسية الإدراكية لدى الأطفال المعوقين ، لا بد من مناقشة العملية التي يتفاعل من خلالها جميع الأطفال مع عالمهم . فمنذ لحظة الولادة ، يتمتع الأطفال بالقدرة على استقبال المعلومات ويتفاعلون ويرتبطون بعلاقة متبادلة مرضية مع بيئتهم المباشرة ولاحقا يتسع التفاعل مع العالم باضطراد مستمر (الحديدي ، 1998) .

وتكوين الجهاز العصبي المركزي لدى الإنسان يجعله دائم القابلية للإثارة من خلال الأعضاء الحسية بهدف إيصال الجسم بالعالم الخارجي . فالطاقة الجسمية داخل جسد الانسان أو الإثارة الخارجية تعمل على استثارة المستقبلات الحسية وتؤثر في حالة التوازن الجسمي . ومع نقل الأعصاب الحسية للمعلومات الى الجهاز المركزي ، فهذه المعلومات تعطى معنى من خلال ما يسمى بعملية الإدراك . وفي نهاية الأمر ، تصنف إدراكات العالم ذاتها إلى أنماط يمكن تذكرها ، والتعلم لدى كل

طفل يأخذ أسلوبا مميزاً . وتتكون معظم الأنظمة الحسية من العضو الحسي والخلايا المستقبلية فيه والأعصاب الحسية المرتبطة بالقشرة الدماغية .

ودمج المعلومات الحسية على شكل إدراكات ومن ثم إلى مفاهيم ثابتة يتولد عنه معرفة وظيفية للتفكير وإيصال المفاهيم المجردة . وهذا التصنيف والتنظيم للإدراكات والمفاهيم من أجل دمجها في تعلم الفرد وسلوكه إنما هو مهمة عقلية معقدة حتى عندما تكون جميع الأعضاء الحسية سليمة وتعمل هي والدماغ بأقصى درجة من الكفاية . وبغض النظر ، فإن العملية تتم وفق أسلوب خاص لدى كل طفل يأخذ لاحقا شكل «أسلوب التعلم» أو «نمط التعلم» . ويعتقد البعض أن أسلوب التعلم لدى الأطفال يتشكل في سن الثالثة وأن إمكانية تعديله بعد ذلك أمر صعب رغم أن التغيرات يمكن إحداثها إلى سنين الرشد باستخدام طرق منظمة كتعليم الانماط المختلفة . ولكن الآثار طويلة المدى لمثل هذه المحاولات لتعديل أنماط التعلم لم يتم تحديدها بعد .

حاسة البصر:

تتطور عملية الرؤية على شكل محاولات للتركيز على الشيء بمساعدة انعكاس التركيز . وهذا يعني أن العين تركز على الشيء بدلا من الرؤية السريعة وإنها تتكيف للمسافات المختلفة من خلال وضع العضلة حول عدسة العين . والجهاز البصري لدى المواليد الجدد متطور ، فهم يمتلكون قدرات بصرية كبيرة . فالطفل حديث الولادة يتفاعل مع الضوء ويدير رأسه نحوه . وفي الأيام الأولى من العمر ، يركز الرضيع على وجه الأم ويحاول التركيز على فمها . وفي الشهر الثالث ، يحاول الرضيع متابعة الشخص وينظر إلى أصابعه والأشياء القريبة منه . وفي الشهر السادس والسابع يتابع بنظره الأشياء المختلفة ويصبح لديه رؤية حادة . وبين الشهر الثامن والعاشر يحرك الرضيع رأسه وعينيه إلى الأعلى وإلى الأسفل دون فقدان التوازن عند الجلوس . وفي سن (1-3 سنوات) تتطور العين باستمرار ، وفي سن (4-5سنوات) يكتمل تطور

العين . فالتركيز يعكس في هذه المرحلة العمرية كفاية الوظائف البصرية . هذا وتتطور القدرات البصرية عموما وفقا للتسلسل الآتي :

(الشهر الأول) - يغلق الطفل عينيه عندما يتعرض للإضاءة .

- يبدأ بالتحليق بالاشياء .

(3-4شهور) - يظهر على الطفل الفرح عندما يرى ثدي الأم أو زجاجة الحليب ويفهم أنهما يعنيان الطعام .

- يتابع شيئا يتحرك إلى الأعلى وإلى الأسفل .

(5-6 شهور) - يرى شيئا عن بعد ويشد نفسه نحوه .

- يعبر عن إدراكه للفرق بين الشخص المألوف وغير المألوف .

- يستطيع رؤية أشياء صغيرة .

(8-9 شهور) - يرى شيئا مغطى جزئيا بغطاء .

- يبحث عن أشياء تتدحرج بعيداً عنه .

(12 شهراً) - يدرك أشياء كثيرة .

- يأخذ الشيء أو يتحرك نحوه .

- يحب النظر إلى الصور .

(18 شهراً) - يجد شيئا يختفي من أمامه .

- يشير إلى الأشياء التي يريدها .

- يشير للأشياء في كتب مصورة .

- يجد شيئاً محدداً من بين مجموعة أشياء .

(24 شهــــراً) - يضع الأشياء في كتب مصورة .

- يشير للأشياء البعيدة عن نظره .

- يقلب الصور في الاتجاه المناسب .

- يبني برجاً من 3-4 مكعبات .

(30 شـهـــراً) - يميز بين الألوان : الأحمر ، الأصفر ، الأخضر ، الأزرق ، الأسود ، الأبيض (لا يعرف أسماء الألوان) .

(36 شهــــراً) - يعرف اسم لون واحد .

- يعمل تركيبات بسيطة مثل وضع الشكل في الفراغ المناسب .

(48 شهــــراً) - يبني نموذجا بعد رؤيته باستخدام (3) أجزاء .

- يعرف اسم لونين .

- يرسم دائرة .

- يتابع الكرة بنظره .

- يركز بنظره بدرجة عالية .

(60شهــــــراً) - يبني نموذجا بعد رؤيته باستخدام (4) مكعبات .

- يعرف أسماء الألوان الأساسية .

- يرسم شكلاً مربعاً .

(72 شهــــراً) - يتحدث مستعيناً بالذاكرة البصرية .

(مثلاً برنامج تلفزيوني شاهده بالأمس)

- يعرف أسماء الألوان .

- ينظر الى الصورة ودون رؤيتها ثانية يستطيع وصف ما فيها .

حاسة السمع:

تتطور حاسة السمع عبر أربع مراحل هي :

الوعي السمعي : يفهم الطفل الأصوات البسيطة .

التركيز السمعي : يستطيع الطفل معرفة من أين يأتي الصوت .

التمييز السمعي وتمييز الأصوات : وهذا يعني أن الطفل يستطيع إدراك الأصوات والألفاظ والكلمات بطريقة صحيحة (يخلط الأطفال عادة الأصوات المتشابهة) .

الذاكرة السمعية : تعتبر من أهم العوامل للتعلم ، فالأطفال يحتاجون إلى التدرب على إعادة ما يقال لهم . وإذا لم تتطور الذاكرة السمعية قد يواجه الطالب مشكلات مختلفة عند دخول المدرسة . هذا وتتطور وظيفة السمع على النحو التالي :

(الشهر الأول) – يصدر عن الطفل ردة فعل للصوت العالي والتصفيق المفاجئ .

(3-4 شهور) – ينتبه الطفل إلى الأصوات الصادرة عن عقرب الثواني لساعة المنبه التي تبتعد عنه حوالي 20سم .

- لا يحب الصوت المزعج (يبكي بسببه) .
- ينتبه إلى كيفية المحادثة الجارية بين الكبار ويبتسم عندما يتحدث عنه الآخرون بطريقة لطيفة .

(5-6شهــور) – يستمع للمحادثة .

- يناغي لأمه .

(8-9 شهــور) – يفهم كلمات مختلفة .

- يحب اصدار الاصوات
- يميل رأسه نحو الشخص الذي ينادي .

(12 شهـــراً) - يطيع بعض الأوامر البسيطة .

- يستمع ويتفاعل عند سماع اسمه .

- يستطيع تحديد مصدر الصوت بسرعة .

- يفهم بأن الأشياء والناس لهم أسماء

(24شهـــــراً) - يستطيع تحديد مصدر الصوت بسرعة .

- يعيد كلمات في جملة وخاصة آخر كلمة في الجملة التي صدرت عن الشخص الراشد .

- يعرف اسماء (8-10) أشياء .

- يفهم القصص البسيطة ويستمتع بها .

- يقوم بتلبية بعض الأوامر التي تصدر إليه .

(36 شهـــراً) - يفهم عندما يقرأ الراشد له وعندما يرى الصور .

- يستمتع بالأغاني والأناشيد

(48- شهـــراً) - يستطيع القيام بثلاث مهام متتابعة .

- يستطيع تذكر واعادة جمل قصيرة (4-6 كلمات) .

(60 شهـــراً) - يستطيع التحدث عن احداث ماضية .

- يأخذ رسالة بسيطة على الهاتف .

- يعيد جملة من (11) كلمة

- يعرف تاريخ ولادته .

- يميز بين (3) مستويات صوتية .

حاسة اللمس

تتطور حاسة اللمس في الاعمار المختلفة على النحو التالي :

(الشهر الأول) – إذا دغدغت أخمص قدمه بلطف فهو يسحب رجله بأكملها .

– يسحب رجله حسب الحرارة (الماء البارد والساخن)

– يمص اصابعه ويده .

(3-4 شهـــور) – يبدأ بتحريك الأشياء المعلقة فوق السرير .

– يهدأ عندما يتم لمسه

– يبكي عندما يبلل نفسه .

(5-6 شهـور) – يضغط ويشد بقوة .

– يتفحص بالأصابع

(8-9 شهـــور) – يرغب بلمس الطعام .

(12 شهـــراً) – يلعب بالطعام

– يصفق بيديه .

– يحب التقبيل والمعانقة .

– يشير بالسبابة للأشياء .

(18– شهـراً) – يستخدم الاصابع للإحساس بالأشياء .

– يكثر من وضع الأشياء في فمه .

–يحب الأشياء الناعمة .

– يضع يده على الأماكن المؤلمة .

(24- شهراً) - يتطور لديه الاحساس بالألم .

- يفهم أنه قد يؤذي نفسه .

- يتعلم الخوف من الأشياء .

- يستطيع قلب صفحات الكتاب .

(30- شهـــراً) - يميز الأشياء بالأصابع دون النظر إليها .

(36- شهـــراً) - يميز بين الدافئ والبارد .

(48 شهـــراً) - يعرف الجزء الذي يلمس من جسمه حتى لو كانت عيناه مغلقتين .

- يحس بنفسه إذا كان يشعر بالدفء أو إذا كان يرجف من البرد .

- يميز الأشياء في كيس دون النظر إليها .

(60 شهـــراً) - يستطيع القول من أين يتألم دون النظر .

- يميز بين الأشكال المختلفة التالية (الدائرة المربع) بلمسها .

(72 شهـــراً) - يستطيع الحكم على درجة حرارة الماء .

- يميز عدداً أكبر من الأشكال (مثل الدائرة ، المربع ، المستطيل ، الشكل البيضاوي) .

- يميز السطوح المختلفة (الملابس القطنية ، الجلدية . . . إلخ)

وفيما يلي أهم الأساليب التي يمكن استخدامها لتطوير النمو الحسي للأطفال :

1- مساعدة الأطفال على اكتساب المهارات والقدرات الحسية بشكل تدريجي بحيث يتم البدء بالمهارات البسيطة أولاً من ثم يتم الانتقال إلى المهارات الأكثر تعقيداً ، وهذا ما يطلق عليه التربويون عادة اسم «التعليم الرأسي أو العامودي» .

2- مساعدة الأطفال على تأدية المهارة نفسها في مواقف مختلفة (باستخدام أدوات متنوعة ، وبطرق مختلفة وبوجود مدربين مختلفين ، إلخ) ، وتسمى طريقة التعليم هذه باسم «التعليم الافقي» ، وتهدف هذه الطريقة إلى تجنب تعليم الطفل مهارات معزولة أو غير وظيفية .

3- تكييف أو تعديل النشاطات التدريبية لتصبح ملائمة للحاجات الخاصة للطفل . أما إذا كان ذلك أمرا مستحيلا بسبب طبيعة اعاقة الطفل فهو يعني اختيار النشاطات الممكنة فقط فليس من الحكمة في شيء أن نتوقع من الطفل أن يقوم بتأدية مهارات مستحيلة . وفي بعض الحالات قد يكون هناك حاجة إلى تعديل طريقة العرض للمواد والأشياء .

4- استخدام التعليم المباشر عندما تدعو الحاجة إلى ذلك . وما يعنيه هذا هو أن تقوم المعلمة بتحديد أهداف تعليمية ، واختيار الأدوات والأساليب ، وتنفيذ النشاطات التدريبية ، وتقييم فاعلية الطرق المستخدمة . ومثل هذا الأسلوب يتطلب تقييم قدرات الطفل الحسية لتحديد مواطن الضعف أو العجز ومواطن القوة ومن ثم ترتيب المهارات حسب أهميتها وتسلسلها الزمني .

5- توفير الفرص الكافية للأطفال لممارسة المهارات المكتسبة . وبشكل عام ، يجب عدم الاكتفاء بفرصة واحدة لتأدية المهارة ولكن يجب إتاحة عدة فرص في اليوم الواحد إذا سمحت الظروف بذلك .

6- استخدام التعزيز المتواصل عندما يبدأ الطفل بتعلم المهارة المطلوبة ، وبعد بلوغه مستوى مقبولاً من الاتقان يجب التحول إلى تعزيز متقطع .

7- كما هو الحال بالنسبة لجميع المهارات النمائية ، يجب تقييم استجابات الأطفال والتحسن الذي يطرأ على أدائهم (Bailey and Wolery, 1992) .

الفصل الثاني عشر
الاعتبارات الخاصة في تعليم
الأطفال المعوقين الصغار في السن

البيئة التعليمية في مراكز التدخل المبكر

إن لطبيعة البيئة التعليمية في مراكز التدخل المبكر أثراً بالغ الأهمية في نمو الأطفال المعوقين وتعلمهم . وهذه البيئة يجب أن تشبه إلى أكبر حد ممكن صف الروضة العادي ولكن بدون إغفال الحاجات الخاصة لهؤلاء الأطفال . فذلك من شأنه أن يحد من التأثيرات على الوالدين بسبب التحاق طفلهما ببرنامج تربوي – علاجي خاص . ولما كانت البيئة الصفية العادية توفر الفرص للأطفال للاختيار واكتشاف البيئة وحل المشكلات والتعبير عن الذات ، فإن الرسالة التي تنطوي عليها هذه الممارسة التربوية هي أن الأطفال المعوقين هم أطفال صغار في السن لديهم قابلية للنمو والتعلم .

ومع أن الأطفال المعوقين غالباً ما يحتاجون إلى وقت خاص أثناء اليوم الدراسي للتعلم الفردي ، فإن تطوير واتباع جدول نشاطات يومي يشبه ذلك المعتمد في رياض الأطفال العادية يساعد في تهيئة الظروف والفرص القيمة للتعلم . ومن أجل المساعدة في خلق هذه الظروف يستطيع المعلمون اختيار الألعاب المناسبة لأعمار الأطفال والأدوات التعليمية الملائمة لغرفة الصف . ومن الطرق الأخرى لتنظيم الصفوف الخاصة لكي تصبح قريبة من الصف العادي ما يلي :

1-خزن الألعاب في مكان يستطيع الأطفال الوصول إليه بشكل مستقل .

2- تقسيم غرفة الصف إلى محطات تعليمية متنوعة .

3-تحديد مكان لكل طفل ليضع فيه أشياءه الخاصة ووضع إسم الطفل عليه .

4-إضافة لمسات جمالية على جدران غرفة الصف باستخدام الألوان الفاتحة ولكن بدون مبالغة .

5-عرض أعمال الأطفال في لوحات خاصة .

6-تصميم لوحات ايضاحية لتعليم الأطفال المفاهيم المختلفة .

7-احترام خصوصيات الطفل ووالديه عند عرض الأهداف المتضمنة في البرنامج التربوي الفردي وأساليب ضبط السلوك .

8-خزن الأدوات المساندة والمكيفة بحيث لا تكون بارزة بشكل واضح في غرفة الصف .

9-تخصيص مكان معين ومنفصل عن غرفة الصف لأغراض التدريب على استخدام التواليت وتغيير ملابس الأطفال .

كذلك فإن زيادة فرص التفاعل بين الأطفال المعوقين والأطفال العاديين من شأنه المساهمة في توفير بيئة تعلمية اعتيادية . إن على الأخصائيين العاملين مع الأطفال المعوقين توفير مثل هذه الفرص . وذلك قد يشمل فتح قنوات التواصل الفاعل مع رياض الأطفال والمدارس الموجودة في البيئة المحلية . ومن البدائل الممكنة ما يعرف باسم الدمج العكسي والذي يعني تشجيع الأطفال العاديين على القيام بزيارات إلى مدارس التربية الخاصة ومراكز التدخل المبكر .

الكمبيوتر في خدمة الأطفال المعوقين الصغار في السن

لقد اصبح الكمبيوتر جزءاً مهماً في الحياة اليومية في البيوت والمكاتب والمدارس . والكمبيوتر يستطيع أيضاً أن يلعب دوراً حيوياً في حياة الأطفال الصغار في السن الذين يعانون من إعاقة معينة . أحد تطبيقات الكمبيوتر تتمثل في توفير

الفرص للأطفال اليافعين للتحكم بأحداث البيئة فالأطفال الصغار في السن يتعلمون بمشاهدة النتائج المحسوسة لأفعالهم . فاللعبة التي تصدر صوتا عندما يتم ضغطها تجعل الطفل يدرك العلاقة بين الفعل ونتائجه . ولكن الأطفال المعوقين لديهم قدرة محدودة على استكشاف البيئة المحيطة . فعلى سبيل المثال ، إنهم قد لا يستطيعون الوصول إلى الألعاب والتفاعل معها . وقد استخدم الكمبيوتر للربط بين الأفعال المختلفة كأن يرفع الطفل رأسه عالياً أو أن يحرك يده الموصولة بشريط يرتبط بأحداث مثيرة كالموسيقى أو ظهور صورة الطفل على الشاشة أو تشغيل لعبة تعمل بالبطاريات . فباستخدام الكمبيوتر كأداة مساعدة ، يتطور لدى الأطفال احساس بالسيطرة على البيئة مما يقود إلى توقعات صحيحة من قدرتهم على التأثير على العالم المحيط بهم . وقد نفذ برنامج التربية المبكرة للأطفال المعوقين في الولايات المتحدة الأميركية عدة مشاريع استهدفت تقديم نماذج لتطبيقات الكمبيوتر في تعليم الأطفال المعوقين الصغار في السن . وفيما يلي وصف موجز لمشروعين تم تنفيذهما :

المشروع الأول هو المشروع المعروف باسم تنشيط الأطفال من خلال التكنولوجيا (Activating Children Through Technology) وتم تطبيقه في ولاية الينوي واستهدف خدمة المجتمعات الريفية . وقد قام منفذو هذا المشروع بتطوير منهاج لرفع مستوى توقعات الأطفال من السيطرة على البيئة وتطوير مهاراتهم التواصلية ومستوى استقلاليتهم ومستوى قدرتهم على حل المشكلات وغير ذلك من المهارات اللازمة للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة . واشتمل المشروع على إجراء تعديلات على مفاتيح التحكم وأجهزة تركيب الأصوات والموسيقى وما إلى ذلك من الخصائص غير المركزية للكمبيوتر ليتم استخدامها في تعليم الأطفال المعوقين الصغار في السن .

المشروع الثاني هو مشروع شبكة ولاية إنديانا لتطوير البرامج التربوية للطفولة المبكرة حيث تم استخدام الكمبيوتر لزيادة مستوى الاستكشاف الموجه ذاتياً من خلال برامج تفاعلية تسمح للأطفال باتخاذ القرارات وتنفيذ خططهم ومراجعة نتائج أفعالهم فورياً .

دراسة علمية *

فاعلية برنامج لنقل أثر التعلم في إطار بيئة تعليمية في مرحلة ما قبل المدرسة .

لقد كان الهدف من رسالة الدكتوراه هذه معرفة أثر استراتيجية تم تطويرها لمساعدة الأطفال ذوي الحاجات الخاصة الملتحقين في روضة تتبنى مبدأ للدمج على نقل أثر التعلم (التعميم) .

وقد شملت الاستراتيجية نظاما من التلميحات والمكافآت للأطفال الذين شاركوا في هذه الدراسة . وأشارت النتائج إلى ما يلي :

1- لقد نجحت الإستراتيجية مع كل من الأطفال العاديين والأطفال المعاقين .

2- لقد كانت الإستراتيجية قابلة للتطبيق في أكثر من وضع تعليمي على مستوى ما قبل المدرسة .

3- إن البرمجة المخطط لها لنقل أثر التعلم هامة وضرورية بالنسبة لكل من الأطفال والمعلمين .

4- يجب استخدام مبادئ تعديل السلوك عند تدريب المعلمين على تنفيذ استراتيجيات نقل أثر التعلم .

* المرجع الأصلي : Forsterg, S.J. (1977). A Program of transfer of learning within a main-streamed preschool Setting. Unpublished Doctoral Dissertation. The Pennsylvania State University.

تعديل سلوك الأطفال المعوقين

لا يختلف الطفل المعوق عن الأطفال العاديين من حيث أنه يسلك (يقوم بأفعال ونشاطات مختلفة) وأن سلوكه ليس عشوائيا ولكنه يحدث وفقاً لقوانين محددة . وإذا عرفنا تلك القوانين ، أصبحت عملية تعديل سلوك الطفل المعوق عملية

ممكنة وفعالة . ومن أهم القوانين السلوكية والتي تنطبق على سلوك كل من الطفل المعوق والطفل العادي ما يلي :

1- إن السلوك لا يحدث بالصدفة أو بدون أسباب ولكن للسلوك أسباباً معينة وإذا أخذنا الوقت الكافي لتحليل الوضع سنكتشف تلك الأسباب وبالتالي سنستطيع ضبطها وضبط السلوك .

2- إن السلوك في اللحظة التي يحدث فيها يكون متأثراً بثلاثة أنواع من العوامل الرئيسية وهي :

أ- الخبرات الماضية .

ب- القابليات الوراثية .

ج- الظروف البيئية الحالية .

وعلى أي حال ، ليس باستطاعة الوالدين أو المعلمين أو غيرهم تغيير السلوك بتغيير الوراثة أو بتغيير الخبرات الماضية ولذلك فان القانون الرئيسي في تعديل السلوك هو ضبط الظروف البيئية الحالية .

3- إن الظروف البيئية الحالية والتي لها الدور الأكبر في ضبط السلوك قد تكون سابقة للسلوك (أي أنها تحدث قبله) أو قد تكون تابعة له (أي أنها تحدث بعده) . والأحداث الأكبر أثرا على السلوك هي الأحداث التي تتبع السلوك . ولذلك فالقانون الآخر المهم من قوانين تعديل السلوك هو تغيير نتائج السلوك لتغيير السلوك نفسه . فالمبدأ الأساسي في علم السلوك الانساني هو أن السلوك محكوم بنتائجه . فإذا كانت نتائج السلوك ايجابية زادت احتمالات تكرار الطفل له ، واذا كانت نتائجه غير ايجابية أو سلبية انخفضت احتمالات تكرار الطفل له . وتكون نتائج السلوك ايجابية أو مرضية إذا حصل الطفل على ما يريد بعد قيامه بالسلوك أو اذا خلصه السلوك مما لا يريد . وتكون نتائج السلوك سلبية إذا تعرض الطفل عند قيامه بالسلوك لحدث

أوشيء لا يحبه . أو ينفر منه أو إذا أدّى قيامه بالسلوك الى حرمانه من شيء يحبه بعبارة أخرى ، إن من أهم قوانين تعديل السلوك على الإطلاق هو تعزيز الطفل (إعطاؤه أشياء يحبها أو تخليصه من أشياء لا يحبها) عندما يكون سلوكه مناسباً وعدم تعزيزه أو تجاهله عندما يكون سلوكه غير مناسب .

من مكتبة التدخل المبكر

التدخل المبكر في البيئة الطبيعية(*)

يقدم هذا الكتاب اقتراحات عملية وبرامج قابلة للتنفيذ لتعليم الأطفال مهارات مختلفة . ولا يهتم الكتاب بالقضايا النظرية ولكنه يستند في استراتيجياته إلى نموذج طبيعي في المنهاج . وعلى وجه التحديد ، يتبنى مؤلفا هذا الكتاب المنحى السلوكي في تخطيط وتنفيذ العملية التعليمية - التعلمية .

وفي ضوء ذلك ، فإن الكتاب يقترح استراتيجيات لتحديد كل من محتوى منهاج التدخل المبكر والعمليات التي يتضمنها ليس إعتماداً على مفاهيم غامضة عن نمو الأطفال وإنما من خلال مسح فعلي للبيئة والأنشطة الطبيعية في حياة الطفل . علاوة على ذلك ، فالكتاب يؤكد أهمية تحديد المنهاج في ضوء فهم أولويات الأسرة وتقييم مستويات الأداء الحالي للطفل في مجالات النمو المختلفة . كذلك يؤكد المؤلفان أهمية التقييم المستمر لفاعلية التدخل وإجراء التعديلات اللازمة عليه عند الحاجة . ولا يشير المؤلفان إلى أي إطار نظري محدد حول النمو في الطفولة بهدف مساعدة اختصاصي التدخل المبكر في تصميم المنهاج بمرونة .

(*) Noonan, M & McCormick. L. (1993). Early intervention in natural environments : Methods and procedures. Pacific Crove, California : Brooks/ Cole Publishing Company.

4-إن السلوك الإنساني ظاهرة بالغة التعقيد فالسلوك قد يكون ظاهرا وقد يكون خفياً . ولأنه ليس باستطاعتنا تغيير السلوك غير الظاهر بشكل مباشر فان علينا التركيز على السلوك الظاهر وتعريفه بدقة ووضوح بحيث يمكن تسجيل عدد مرات حدوثه أو مدة حدوثه لكي نحكم على فاعلية الأساليب المستخدمة لتعديله .

5- إن السلوك سواء كان عاديا أو شاذاً هو سلوك متعلم في الغالبية العظمى من الحالات . فالسلوك غير المقبول مثله مثل السلوك المقبول يقوى ويتدعم إذا وفر التعزيز للفرد ويضعف وقد يتوقف اذا أدى إلى الحرمان من التعزيز . إننا نعرف أن السلوك أحياناً قد يكون ناتجاً عن عوامل عضوية ولكن ذلك لا يبطل مفعول التعلم . فالطفل الذي لديه نشاط زائد بسبب تلف بسيط في الدماغ أو الطفل الذي لديه سلوك غير عادي لأنه يعاني من اضطراب في الكروموسومات لا يمكن تعديل سلوكهما بتغيير الدماغ أو بتغيير الكروموسومات ولكن سلوكهما قابل للتعديل وفقا لقوانين التعلم العامة المذكورة أعلاه .

ولعل من أهم الخصائص المميزة لبرامج ضبط السلوك الصفي الفعالة أنها تتصف بالتنظيم والثبات . وفيما يلي تلخيص لأهم الخطوات التي ينبغي تنفيذها عند استخدام هذه البرامج :

أ- تحديد السلوك المراد ضبطه

1- مقابلة الطفل والأشخاص المهمين في حياته اذا دعت الحاجة .

2- مقارنة أداء الطفل بالأطفال الأخرين .

3- الحصول على موافقة الأشخاص المهمين على خطة الضبط المقترحة .

4- ملاحظة الطفل او تطبيق بعض الاختبارات عليه لتحديد حجم وطبيعة المشكلة التي يعاني منها .

5- ترتيب الأنماط السلوكية التي تحتاج الى ضبط حسب الأولوية .

ب- تعريف السلوك المستهدف بدقة ووضوح

1- وصف السلوك المستهدف بلغة تسمح بجمع معلومات صادقة عنه .

2- صياغة الأهداف طويلة المدى والأهداف قصيرة المدى .

جـ . جمع المعلومات عن السلوك المراد ضبطه

1- التعرف على العوامل والمتغيرات التي تسبق حدوث السلوك أو ترافقه أو تحدث بعده .

2- استخدام أسلوب القياس الملائم لطبيعة السلوك المراد ضبطه . فهل المطلوب هو معرفة تكرار حدوث السلوك أو مدة حدوثه أو شدته أو شكله؟

3- البدء بجمع البيانات قبل تنفيذ الخطة المصممة لضبط السلوك وأثناء تطبيقها وبعد التوقف عن استخدامها .

د- تصميم البرنامج الخطة لضبط السلوك المستهدف

1- تحديد المكان والزمان الذي سينفذ فيه البرنامج أو الخطة .

2- تحديد الأشخاص الذين سيشاركون في تنفيذ الخطة .

3- اختيار الأساليب التي سيتم استخدامها وذلك بالطبع يعتمد على الهدف المراد تحقيقه (انظر الجدول رقم 12-1) .

4- تحديد معايير الحكم على فاعلية الأسلوب المستخدم .

5- تحديد الخطط البديلة التي سيتم تنفيذها في حالة تحقيق الهدف .

هـ- البدء بتنفيذ البرنامج أو الخطة

1- تطبيق الأساليب المخطط لها بطريقة صحيحة .

2- التحقق من صحة تطبيق الأساليب وذلك بجمع المعلومات اللازمة .

و- تقييم فاعلية البرنامج

1- جمع المعلومات المناسبة عن التغيرات التي تطرأ على السلوك المستهدف .

2- عرض المعلومات في رسوم بيانية أو في جداول ، وينبغي توضيح ما كان عليه السلوك قبل البدء بتنفيذ البرنامج وكيف أصبح بعد التنفيذ .

3- مناقشة ذوي العلاقة بالنتائج التي تم التوصل اليها .

4- اتخاذ القرارات اللازمة . فعلى سبيل المثال ، هل سيتم تطبيق الأساليب لضبط أنماط سلوكية أخرى؟ وهل بالامكان تفعيل الأساليب لضبط أنماط سلوكية أخرى؟ وهل بالامكان تفعيل الأساليب في المستقبل؟

الجدول رقم (12-1)

بعض أساليب تعديل السلوك

الأسلوب	التعريف
التعزيز الايجابي	تقوية السلوك أو تدعيمه أو المحافظة على استمرارية حدوثه من خلال توفير أحداث أو أشياء ايجابية تلبي حاجات الطفل بعد قيامه بتأدية السلوك .
التعزيز السلبي	تقوية السلوك أو تدعيمه أو المحافظة على استمراريته من خلال ازالة مثيرات منفرة لا يحبها الطفل بعد قيامه بالسلوك .
التغذية الراجعة	تزويد الطفل بمعلومات توضيحية وتصحيحية بطريقة ايجابية وذلك بهدف توجيه سلوكه المستقبلي .
التسلسل	تحليل السلوك المراد ضبطه الى الاستجابات التي يتكون منها ومن ثم تدريب الطفل على تأدية الاستجابات على نحو يتدرج من السهل الى الصعب .
التشكيل	تعزيز الاستجابات التي تقود الى السلوك المراد تحقيقه وتجاهل الاستجابات التي لا تقود الى تحقيق السلوك المطلوب .

النمذجة	استخدام اسلوب التقليد والتعلم بالملاحظة بحيث يتم تقديم ايضاحات كافية للطفل ليتعلم منها .
الإخفاء	الإلغاء التدريجي للتعليمات والتوجيهات التي تم استخدامها لتلقين الطفل الاستجابات الصحيحة .
التعاقد السلوكي	الاتفاق مع الطفل حول السلوك المطلوب منه والمكافأة التي سيحصل عليها بعد تأديته لذلك السلوك .
الإطفاء	ايقاف التعزيز الذي يحدث بعد السلوك وذلك من أجل ايقاف السلوك نفسه ، ويعرف هذا الأسلوب ايضا بالتجاهل المخطط له .
تكلفة الاستجابة	أسلوب لكبح السلوك غير المقبول يشمل حرمان الطفل من المعززات المتوفرة لديه .
العزل	أسلوب لكبح السلوك غير المقبول يتضمن ازالة البيئة المعززة أو حرمان الطفل من فرصة التمتع فيها .
التصحيح الزائد	أسلوب عقابي يتضمن إرغام الطفل على ازالة الأذى الذي نتج عن سلوكه الخاطىء .
التوبيخ	التعبير اللفظي أو غير اللفظي عن عدم الرضا عن السلوك وذلك بهدف تقليل احتمالات حدوثه في المستقبل .
تعزيز السلوك البديل	أسلوب لكبح السلوك غير المقبول من خلال تعزيز سلوك مناقض له .
تعزيز غياب السلوك	أسلوب لكبح السلوك غير المقبول من خلال تعزيز الطفل عندما يمتنع عن القيام بذلك السلوك .
تعزيز انخفاض السلوك	أسلوب لكبح السلوك يتضمن تعزيز الطفل عندما يصبح سلوكه أقل من مستوى معين يتم تحديده مسبقاً .
ضبط المثير	التحكم بالسلوك من خلال التحكم بالأحداث التي تسبقه أو تنظيم الظروف التي يحدث فيها لكي يظهر السلوك في المواقف المناسبة ويختفي في المواقف غير المناسبة .
التعميم	تدريب الطفل على نقل المهارات التي تعلمها في موقف محدد الى مواقف مشابهة للموقف الأصلي (وهذا يسمى تعميم المثير) أو تدريبه على إظهار استجابات مشابهة للإستجابة الأساسية (تعميم الاستجابة) .

التمييز	تدريب الطفل على التفريق بين الاستجابة المناسبة والاستجابة غير المناسبة وذلك من خلال توظيف التعزيز التفاضلي والذي يشتمل على تعزيز الاستجابة في مواقف معينة وعدم تعزيزها (تجاهلها) عند حدوثها في المواقف الأخرى .
لعبة السلوك الجيد	أسلوب ضبط جماعي يشتمل على تقسيم الأطفال الى فريقين وتوضيح قواعد السلوك لهما وشروط الفوز باللعبة وهي شروط يترتب عليها تنافس الفريقين على تأدية السلوك المقبول والامتناع عن القيام بالسلوك غير المقبول .

الدمج في مرحلة الطفولة المبكرة

مرحلة الطفولة المبكرة هي أفضل وقت للبدء بدمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع الأطفال العاديين . ومن الأسباب الرئيسية التي تكمن وراء ذلك هو أن برامج الطفولة المبكرة عموماً تتوقع ان يتطور الأطفال بمعدلات متفاوتة . فالفروق في قدرات الأطفال ومهاراتهم شيء متوقع وهذه الفروق الفردية أكثر قبولاً في مرحلة ما قبل المدرسة عنها في المراحل المدرسية اللاحقة . كما أن المعلمين في مرحلة ما قبل المدرسة لا يهتمون بنتائج التعلم والاختبارات بقدر ما يهتمون بعملية التعلم والنمو (Odom & McEvoy, 1990) .

من ناحية اخرى فإن الأطفال الصغار في السن يتقبلون الفروق الفردية ولا يعيرون الانحرافات عن النمو اهتماماً كبيراً . فالأطفال يستجيبون لبعضهم بعضاً بسهولة نسبياً ودون إصدار الأحكام وإجراء المقارنات . صحيح أنهم قد يطرحون الأسئلة إلا أن تلك الأسئلة تنم عن حب الاستطلاع ، فالأطفال لا يواجهون صعوبة في قبول الذين يختلفون عنهم .

مبررات الدمج

إن الأدبيات التربوية الحديثة تزخر بالآراء المقنعة المؤيدة لدمج الأطفال ذوي الحاجات الخاصة مع الأطفال العاديين في نفس البيئة التعليمية . وتجمع هذه الأدبيات على أن من أهم مبررات الدمج ما يلي :

(1) المبررات الاجتماعية – الاخلاقية

فالدمج يشجع الناس على تبني نظرة ايجابية نحو الأشخاص المعاقين . وهذا الرأي يقوم على افتراض مفادة أن عزل الأشخاص المعاقين يشجع من حيث المبدأ تطور وجهات النظر والاتجاهات السلبية . أما الدمج فهو يهيىء الفرص لتطور الإدراكات الاجتماعية الواقعية .

(2) المبررات القانونية– التشريعية

فالتشريعات التربوية في معظم دول العالم في الوقت الراهن تنص على حق التلميذ المعاق في التعلم في البيئة التربوية الأقرب الى البيئة الطبيعية .

(3) المبررات النفسية – التربوية

إن الأطفال بحاجة الى التفاعل مع الأخرين والتعامل مع ظروف الحياة اليومية التي تزداد تعقيداً مع الأيام . والبيئة التعليمية التي تسمح بالإدماج أكثر قدرة مع البيئة المعزولة على تحقيق هذا المطلب . فالتعلم بالمحاكاة والتقليد يحدث عندما تتوفر النماذج المناسبة .

شروط النجاح

ان من أهم شروط نجاح الدمج التخطيط الواعي الذي يهيىء الفرص المناسبة للتفاعل بين الأتراب . فالدمج لا يعني مجرد وضع الأطفال المعوقين والأطفال غير المعوقين في المكان نفسه . والدمج دون تخطيط مسبق قد يقود الى مشكلات

وصعوبات وليس إلى تحقيق الأهداف المرجوة . وعند التخطيط لبرامج الدمج ينبغي مراعاة العوامل الأساسية التالية (Raasche, Gorrill & Strom, 1990) :

● نسبة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة إلى الأطفال العاديين في الصف . إن وجهة النظر الأكثر قبولاً في الأوساط التربوية تتمثل في التعامل مع هذه القضية بمرونة اعتماداً على ظروف متعددة منها خصائص الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، وخصائص الأطفال العاديين ، ومستوى معرفة المعلمين . وبوجه عام ، يجب ألاّ يقتصر عدد الاطفال المدموجين على طفل واحد أو طفلين فذلك قد يقود الى عزلهم ونبذهم .

● مستوى النمو وليس العمر الزمني . إن العمر النمائي أكثر أهمية من العمر الزمني . وعليه ، ينبغي دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع أطفال عاديين أصغر منهم سناً فذلك يخفف التباين ويقلل الفروق بينهم .

● الخبرات التعلمية الفردية والخطط لها بعناية . ان البرامج التعليمية الجيدة هي البرامج التي تراعي مواطن الضعف ومواطن القوة الفريدة الموجودة لدى الطفل . فمراعاة هذه الخصائص النمائية تعمل بمثابة مفتاح للخبرات التعلمية والنمائية الملائمة والفعالة .

● كذلك فإن احتمالات نجاح الدمج تعتمد على اتجاهات ذوي العلاقة جميعاً بمن فيهم الأطفال وأولياء أمورهم ، والمعلمين ، والاداريين . وذلك يعني ضرورة تطوير السبل الفعالة لتعديل الاتجاهات لتصبح أكثر واقعية وايجابية وتشجيع وجهات النظر التربوية التقدمية .

● ومن الشروط الأساسية الأخرى التي يجب توافرها لنجاح برامج الدمج التزام المربين بمبدأ مشاركة أولياء الأمور بفعالية ونشاط .

الكفايات العامة الضرورية لمعلمي الصفوف العادية لدمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة

1- القدرة على ملاحظة وتسجيل سلوك الأطفال في المواقف الصفية المختلفة .

2- القدرة على العمل كعضو فاعل في الفريق متعدد التخصصات الذي يصمم وينفذ ويقيم برامج الدمج .

3- التمتع بمستوى مقبول من المعرفة حول فئات الاحتياجات الخاصة وأسبابها وأبعادها التربوية – النفسية .

4- معرفة خصائص النمو الطبيعي في مراحل الطفولة .

5- معرفة مبادىء وأساليب تطوير البرامج التربوية الفردية .

6- القدرة على تفسير أهم المعلومات الواردة في التقارير الطبية والنفسية – التربوية حول الأطفال .

7- بناء علاقات عمل مناسبة مع الجمعيات والمؤسسات التي تعنى بتدريب وتربية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة .

8- معرفة المبادىء الأساسية لصيانة المعدات والأدوات الخاصة والمكيفة التي يستخدمها الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة .

9- القدرة على تكييف الاختبارات وأدوات التقييم المختلفة بما يتلاءم وطبيعة الاحتياجات الخاصة .

10- التمتع بالمعرفة الكافية حول النشاطات المرغوب فيها والنشاطات الممنوعة لكل فئة من فئات الاحتياجات الخاصة .

11- القدرة على بناء علاقات عمل بناءة ومفيدة مع أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة .

12- معرفة الطرق الفعالة لتعديل اتجاهات الأطفال نحو زملائهم ذوي الاحتياجات الخاصة .

13- القدرة على تنظيم البيئة الصفية على نحو يسمح للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بالافادة والمشاركة في الأنشطة التعليمية الى أقصى حد ممكن .

14- القدرة على تكييف الوسائل التعليمية وطبيعة الاحتياجات الخاصة للطفل .

15- القدرة على تكييف عناصر المنهاج عند الحاجة .

تأثيرات الدمج على الأطفال العاديين

ثمة من يخشى أن يكون لدمج الأطفال المعوقين والأطفال العاديين تأثيرات سلبية على الأطفال العاديين . وفي الحقيقة فإن الدراسات اهتمت بالتأثيرات الايجابية للدمج على الأطفال المعوقين ولم تركز إلا بشكل محدود على تأثيرات ذلك على الأطفال العاديين . وهناك حاجة إلى المزيد من البحوث العلمية لتحديد التأثيرات المحتملة للدمج على نمو الأطفال العاديين وتعلمهم . فهل يقود تعليم الأطفال المعوقين مع الأطفال العاديين إلى تزويد الأطفال العاديين بنماذج نمائية غير مناسبة قد يتعلموا منها سلوكيات وأنماط شخصية غير مقبولة؟ وهل يعمل الدمج على حرمان الأطفال العاديين من البيئة الغنية بالإثارة المعرفية واللغوية والاجتماعية؟

إن الدراسات العلمية المتوفرة حالياً تشير الى أن الأطفال العاديين الذين يتعلم معهم أطفال معوقون في نفس الصف يحققون مستويات عادية من النمو والتحصيل مما يعني ان الدمج لا يترك تأثيرات سلبية تذكر على نموهم . فهم لا يقلدون السلوكيات التي قد تصدر عن الأطفال المعوقين إلا اذا تم تعزيزهم على القيام بذلك . ولكن ذلك لا يعني أن الأطفال العاديين لا يمكن ان يقلدوا الأطفال المعوقين أبداً . وإذا حدث ذلك فإن السلوك غير التكيفي الذي قاموا بتقليده لن يستمر إذا لم يحصل على تعزيز من المعلمين والآباء والرفاق (Guralnick, 1990) .

الباب الخامس

أسر الأطفال المعوقين الصغار في السن

الفصل الثالث عشر

الأسر: الأدوار، والصعوبات، واستراتيجيات الدعم

مقدمة

إن تربية الأطفال ، كل الأطفال ، وتنشأتهم التنشئة الصحيحة مسؤولية كبيرة ومهمة صعبة وشاقة . وإذا كان الأمر كذلك بالنسبة للأطفال العاديين وهو حقاً كذلك ، فإن تربية الطفل المعوق أكثر صعوبة وأكثر مشقة . لماذا؟ لأن أسرة الطفل المعوق تواجه مشكلات وتتصدى لتحديات خاصة إضافة الى تلك التي تواجهها الأسر جميعاً . فالإعاقة غالباً ما تنطوي على صعوبات نفسية ومادية وطبية وإجتماعية وتربوية (Vincent, 1992) .

وعلى أي حال ، فليس بمقدورنا أن نتحدث عن نتائج متشابهة للإعاقة على جميع الأسر . فكل أسرة لها خصائصها الفريدة وتتمتع بمواطن قوة محددة وقد تعاني من مواطن ضعف معينة . ولهذا السبب نجد أن الدراسات العلمية التي بحثت في هذا الموضوع إنتهت الى نتائج مختلفة . ففي حين أشارت بعض الدراسات الى أن إعاقة الطفل تقود الى تقوية العلاقة الأسرية ، اشارت دراسات أخرى إلى عكس ذلك فبينت أن إعاقة الطفل قد تؤدي الى مشكلات في الحياة الأسرية وبخاصة منها تلك المرتبطة بإساءة معاملة الطفل جسمياً أو نفسياً وتأثر العلاقة الزوجية . وتجدر الإشارة الى أن هذه الدراسات أجريت في الدول الغربية وليس هناك دراسات كافية حول هذا الموضوع في الدول العربية . ومن يدري كيف يكون الأمر لدينا بدون دراسات جادة فالإنطباعات العامة لا تكفي والخبرة الشخصية لا يمكن تعميمها على الجميع .

ومهما يكن الأمر ، فباستطاعتنا أن نتحدث عن مجموعة من ردود الأفعال العاطفية العامة التي يتوقع ان تحدث لدى معظم الآباء والأمهات بدرجة أو بأخرى . وعند الحديث عن هذا الموضوع لا بد من التأكيد على ثلاث قضايا أساسية وهي :

1-إن الإعاقة قد تفرض على الوالدين تغييرات مهمة في مجرى حياتهما وهي قد تقود الى شعور بالحزن قد يختفي أحياناً ولكنه قد يعود فيظهر مجدداً .

2-إن الإعاقة شيء غير متوقع . فكل أب وأم في الدنيا ينتظران طفلاً عادياً لا بل قل مثالياً . ولذلك فليس غريباً أن تمثل إعاقة الطفل صفعة قوية للآمال ، والأمر الغريب هو أن يتقبل الوالدان إعاقة طفلهما دفعة واحدة وبدون صعوبات في البداية .

3-ولما كانت الإعاقة تشكل أزمة حقيقية فإنها تحدث ردود فعل نفسية قد تكون شديدة . وما ينبغي التأكيد عليه هنا هو ان مثل هذا الأمر طبيعي . وهناك من يقول أنه صحي ولكن طالما كانت ردود الفعل ضمن حدود معينة .

جدول رقم (13-1)

بعض الإستراتيجيات المقترحة للتعامل مع ردود الفعل النفسية للآباء والأمهات

ردة الفعل	الإستجابة المطلوبة من الأخصائيين
الصدمة	إدعم الوالدين وتفهم عواطفهما ، فالإعاقة تؤدي الى الشعور بخيبة الأمل والحزن . والدعم لا يعني تشجيعهما على تبني الآمال غير الواقعية .
النكران	لا تواجه الوالدين بالحقائق بشكل مباشر . ولعل أفضل الطرق للتعامل معهما هي إتاحة الفرصة لهما ليقارنا أداء طفلهما بأداء الأطفال الآخرين من نفس عمره . ساعدهما على تقييم الوضع بموضوعية ولكن بطريقة لطيفة تتضمن تقديم وصف أولي وغير معقد لخصائص الطفل وحاجاته . المهم هو أن يحصل الطفل على الخدمات اللازمة وألا يؤدي النكران الى حرمانه من تلك الخدمات .

المشكلات وإتخاذ القرارات . وفي الحقيقة فإن إستمرارية هذا النمط من أنماط التفكير يعني غياب أحد الضمانات الهامة للخدمات ذات النوعية الجيدة للأطفال وأسرهم (O'toole,; 1995) .

كذلك فإن برامج التدريب قبل الخدمة التي تعمل على إعداد الكوادر في التخصصات ذات العلاقة بتقديم خدمات التدخل المبكر تركز تقليدياً على تزويد المتدربين بالمهارات اللازمة للعمل الفعال مع الأطفال . ولكن البرامج العلاجية التي تسعى لتلبية حاجات الطفل بمعزل عن أسرته لا تكفي ولن تعمل بفاعلية قصوى في كثير من الأحيان (Anderson & Hinojosa, 1984) . فالفاعلية القصوى تتطلب تطوير علاقة عمل إيجابية بين الأخصائيين وأولياء الأمور . والجهود الموجهة للعمل مع أولياء الأمور لا تقل أهمية من الناحية العلاجية عن الجهود المبذولة للعمل المباشر مع الأطفال . ولكن التركيز على الأسر في برامج التدخل المبكر ينطوي على تحديات غير تقليدية حيث أن مشكلات متنوعة قد تحدث عندما تختلف مواقف الأخصائيين وأولياء الأمور إزاء أولويات الأهداف والخدمات (Bailey, 1987) .

وقد وثقت عشرات الدراسات الفروق بين الأخصائيين وأولياء الأمور . ففي حين يؤكد أولياء الأمور ان الأخصائيين غالباً ما يتجاهلون حاجات الأسرة ، يعبر الإختصاصيون عن إحباطهم بسبب عدم تعاون الأسرة وعدم إكتراثها ومشاركتها . وقد تفتقر بعض الأسر الى الدافعية بسبب عدم القناعة بجدوى الخدمات التي يمكن تقديمها لطفلها المعوق . وهناك أسر قد لا تنقصها الدافعية ولكنها تفتقر الى الوقت او المهارة للمشاركة الفاعلة في خدمات التدخل المبكر ، أما الإختصاصيون فقد لا يمتلكون المعرفة الكافية بالإحتياجات الحقيقية للأسرة وقد تنقصهم الخبرة الكافية لاستثارة دافعية أولياء الأمور وتطوير قابليتهم . ويقترح بيلي (Bailey, 1987) إستخدام الصياغة التعاونية للأهداف وهي طريقة تعني ببساطة قيام الإختصاصيين وأولياء الأمور معاً بتحديد الأهداف والوسائل التي سيتم توظيفها لتحقيق تلك

الأهداف . وذلك لا يعني بأي حال من الأحوال التقليل من شأن حكمة الإختصاصيين وأرائهم . ولكنه يعني التعامل بمنتهى الجدية والإحترام مع أولياء الأمور كائنة ما كانت مواقفهم أو إحباطاتهم لأن جهود الإختصاصي التي لا تتقبلها الأسرة ستبوء بالفشل(Dunst, 1985) . والعمل التعاوني مع أولياء الأمور لا يعني أبداً تخلي الإختصاصيين عن العمل المباشر مع الأطفال . بل هو يعني أن يتبنى الأختصاصيون وجهات نظر واسعة النطاق ومرنة حول ادوارهم فيما يتعلق بتقييم حاجات الأسر ، وسبل مساعدة أفرادها في التفاعل البناء ، وطرق تكييف البيئة المنزلية وإستثمار مصادر الدعم المتوفرة (Hanft, 1989) . ويؤكد بروموبك (Bromwich, 1981) إن العلاقات التشاركية بين الإختصاصيين وأولياء الأمور تعود بفوائد على الأطفال لثلاثة أسباب رئيسية وهي :

1-إن العلاقة بين الآباء والأبناء علاقة تبادلية . فكما أن للآباء انماطهم الشخصية والتفاعلية الفريدة فالأبناء ايضاً لهم أنماط شخصية وتفاعلية فريدة . ومن خلال مساعدة الآباء على تعديل أساليبهم في رعاية الأبناء فإن الإختصاصيين يصبحون قادرين بشكل غير مباشر على تطوير وتعديل إستجابات الطفل .

2-إن العلاقات التشاركية بين الإختصاصيين وأولياء الأمور ضرورية لترسيخ علاقات مرضية وإيجابية بالنسبة لكل من الآباء والأبناء . فباستطاعة الإختصاصيين بما يمتلكون من معرفة وما يتمتعون به من خبرات مساعدة الأباء على تفهم حاجات أبنائهم وتلبيتها . ومن شأن ذلك أن يعود بفوائد على كل من الآباء والأبناء .

3-إن أنماط التنشئة الوالدية الفعالة تهيئ الفرص للتفاعلات الإيجابية بين الآباء والأبناء . فعندما يتعلم الآباء الطرق المناسبة لتلبية إحتياجات أبنائهم ، فإنه يصبح بمقدورهم تعديل أنماط تفاعلهم مع أبنائهم على نحو يقود الى تحسين أدائهم .

الفوائد المحتملة لمشاركة الوالدين في برامج التدخل المبكر

تعود مشاركة والدي الطفل المعوق ببرامج التدخل المبكر بفوائد متنوعة على كل من الطفل والأخصائيين والأسرة ذاتها . وفيما يلي وصف موجز لتلك الفوائد (الخطيب ، 1995) :

أ- بالنسبة للطفل :

1-إزدياد فرص النمو والتعلم المتاحة للطفل .

2-تحسن إمكانيات تعديل سلوك الطفل لأن الأخصائيين والآباء يصبحون أكثر ثباتاً في التعامل مع الطفل في المدرسة والمنزل .

3-إزدياد إحتمالات تعميم الإستجابات التي يتعلمها الطفل في المدرسة وإزدياد إحتمالات إستمراريتها ونقل أثر التدريب من المدرسة الى المنزل .

4-إن الخدمات المقدمة للطفل تصبح أكثر شمولية وأكثر قدرة على تلبية حاجاته .

ب- بالنسبة للآباء :

1-إن مشاركة الآباء في البرنامج التربوي العلاجي المقدم لطفلهم يساعدهم في إكتساب المهارات اللازمة لتدريب الطفل وتعليمه الإستجابات المقبولة .

2-إن مشاركة الآباء تقود الى أن يصبحوا أكثر تفهماً لحاجات طفلهم وللمشكلات التي يواجهها وللأهداف التي يسعى الأخصائيون إلى تحقيقها .

3-إن مشاركة الآباء تزودهم بالمعلومات الضرورية حول مصادر الدعم المختلفة المتوفرة في البيئة المحلية لهم ولطفلهم .

4-إن مشاركة الآباء غالباً ما تنطوي على تقديم مقترحات مفيدة حول سبل التغلب على التحديات اليومية الناتجة عن تربية طفل معوق .

ج- بالنسبة للأخصائيين :

1-إن مشاركة الوالدين في تخطيط وتنفيذ البرنامج التربوي للطفل تؤدي الى تفهم أكبر لحاجاته وحاجات أسرته من فبل الاخصائيين .

2-إن مشاركة الوالدين تسمح بحصول الأخصائيين على تغذية راجعة ومعلومات مفيدة تساعد في تحسين وتطوير البرنامج المقدم للطفل .

3-إن مشاركة الوالدين الفاعلة توفر بعض الوقت على الأخصائيين مما يوفر لهم فرصاً ثمينة لتدريب الأطفال على المهارات ذات الأولوية .

4-إن مشاركة الوالدين تزيد من فرص نجاح جهودهم حيث أن الأسرة تصبح أكثر إهتماماً بمتابعة أداء الطفل خارج المدرسة .

دور الأسرة في الكشف المبكر عن الإعاقة

إن من الأدوار التي على الأسر القيام بها الكشف المبكر عن الأطفال الذين يظهرون أنماطاً نمائية غير طبيعية بغية تزويدهم بالخدمات الطبية والنفسية - التربوية في أسرع وقت ممكن . وفي حالة إضطرابات النمو فقد يكون الطفل معوقاً وقد لا يكون ذلك أن إنحراف النمو عما يعتبر عادياً لا يعني بالضرورة حالة إعاقة حيث أن الإعاقة إنحراف ملحوظ يتم تحديده وفقاً لمعايير موضوعية فهي ليست كل إنحراف . ومهما يكن الأمر فإن هؤلاء الأطفال بحاجة للتعرف عليهم مبكراً للحد من التأثيرات المحتملة لوضعهم النمائي . فإذا كان ما يعانون منه ليس إعاقة فالهدف هو منع المزيد من التدهور في الأداء والوقاية من المشكلات الإضافية . ويستطيع الآباء أن يلعبوا دورا فاعلا في الكشف المبكر بالرغم من أن ذلك ليس بالأمر السهل خاصة إذا كانت الإعاقة غير شديدة أو غير ظاهرة ، وربما يكون أفضل معين للآباء في هذا الصدد الإطلاع على الخصائص النمائية للأطفال في المجالات المختلفة (الحركية والاجتماعية واللغوية والعقلية والإنفعالية) . فمعرفة ما هو متوقع من مهارات في مرحلة عمرية ما

يساعد في تحديد ما إذا كان نمو الطفل مطمئناً أم لا وبالتالي إذا كانت هناك حاجة الى إحالته الى الأخصائيين لإجراء الفحوصات وتطبيق الإختبارات لمعرفة هل لديه إعاقة أم لا . ويستطيع أولياء الأمور إكتساب تلك المعرفة بالرجوع إلى مراجع الطفولة ومراجع علم نفس النمو بوجه عام(Peterson, 1986) .

كذلك فإن المؤسسات التي تعني برعاية الطفولة تتحمل مسؤولية محو أمية الآباء والأمهات فيما يتصل بصحة وتنشئته . فليس أمراً صعباً أن يعي الآباء عوامل الخطر البيئية والبيولوجية التي قد تهدد نمو الأطفال وتعرض صحتهم الجسمية والنفسية للخطر واتخاذ الإتياطات اللازمة للحد منها . وينوه الباحثون في ميدان التدخل المبكر إلى أن الآباء هم أفضل من يستطيع القيام بالكشف المبكر عن المظاهر النمائية غير المطمئنة وإحالة الأطفال الذين قد يكون لديهم ضعف أو إعاقة إلى الأطباء والأخصائيين الآخرين . ومن المؤكد ان قيام الآباء أنفسهم بالكشف الدوري عن القدرات الحسية والعقلية والحركية واللغوية لأطفالهم اكثر فاعلية من البرامج الكشفية التي يتم تنفيذها على نطاق واسع لمرة واحدة . هذا ويمكن مساعدة الآباء على القيام بالدور التشخيصي الأولي من خلال تزويدهم بقوائم تقدير نمائية.

دور الأسرة في الوقاية من الإعاقة

ربما يكون المحرك الأساسي لتزايد الإهتمام بأسر الأطفال المعوقين في العقود القليلة الماضية هو إدراك الأخصائيين لأهمية الدور الذي يمكن للأسرة ان تلعبه في الوقاية من الإعاقة وفي رعاية الأطفال المعوقين وتربيتهم . وقد رافق هذا الإهتمام تغيرات جوهرية في نظرة أخصائيي التربية الخاصة والتأهيل للأسرة فأصبحت تعامل بوصفها العامل الحاسم الذي يحدد نجاح أو فشل العملية التأهيلية برمتها ، وأصبح الأخصائيون حريصين على إستثمار الطاقات المتوفرة لديها والتعامل معها بإحترام .

وقد بات جلياً أن التشريعات المتعلقة بالإعاقة والتأهيل في المجتمعات المتقدمة تؤكد أهمية المشاركة الفاعلة للأسرة في الوقاية من الإعاقة والحد من تأثيراتها . بعبارة

أخرى ، لقد أضحت إحدى الغايات الرئيسية التي تتوخى مراكز التربية الخاصة والتأهيل تحقيقها تتمثل بتدريب اسرة الفرد المعوق ليتسنى لها المشاركة جنباً إلى جنب مع الأخصائيين في تهيئة الظروف المناسبة لينمو الأطفال المعوقون نمواً سليماً في النواحي النفسية والإجتماعية واللغوية والحركية والمعرفية وغيرها .

وليس من شك في أن العناصر العلاجية والتصحيحية التي قد تنطوي عليها الخدمات المقدمة للأسر يمكن ان تعود بالفائدة على الصعيد الوقائي إذ يتوقع ان تقود مشاركة الأسرة الى تحقيق أهداف وقائية ذات طبيعة نمائية. فتطوير النمو وتعزيزه من جهة والحد من التأخر والإنحراف النمائي من جهة أخرى قد يقلل الحاجة الى الخدمات التربوية الخاصة والتأهيلية التي يحتاج إليها الطفل المعوق في المراحل العمرية اللاحقة . بعبارة أخرى ، إن الوقاية من الإعاقة لا تعني منع حدوثها فقط . فالبرغم من أن هذا الهدف هو ما يؤمل تحقيقه إلا أنه سيبقى في المستقبل كما كان في الماضي أشخاص معوقون في المجتمع ، ذلك أن الإزالة الكاملة لعوامل الخطر المسببة للإعاقة او المرتبطة بها ليست هدفاً واقعياً قابلاً للتحقيق على أرض الواقع .

إن الأسرة تستطيع ان تلعب دوراً وقائياً مركزياً فمن خلال التعرف على العوامل المسببة للإعاقة ومن خلال الوعي والمحافظة على سلامة الأطفال وصحتهم سواء قبل ولادتهم او بعدها قد تستطيع الأسرة ان تمنع حدوث الإعاقة لدى أفرادها وتلك وقاية أولية . ومن خلال الكشف المبكر عن حالة الضعف او العجز والحرص على توفير الخدمات العلاجية المبكرة للطفل قد تستطيع الأسرة بمساعدة الأخصائيين التخفيف من وطأة الإعاقة وزيادة إحتمالات نجاح التأهيل وتلك وقاية ثانوية . وأخيراً ، فمن خلال تبني الإتجاهات الواقعية وتلقي التدريب المناسب تستطيع الأسرة المساعدة في الحد من مضاعفات الإعاقة وتلك وقاية ثلاثية .

الجدول رقم (13-2)

المضامين الوقائية على مستوى الأسرة

مستوى الوقاية	المضامين
الوقاية الأولية	التوجيه والإرشاد لتفعيل أنماط التنشئة الأسرية وزرع الثقة .
الوقاية الثانوية	تسهيل عملية تكيف الأسرة مع حالة الإعاقة بتطوير إستراتيجيات التعايش والمشاركة الجادة في تنفيذ الخدمات .
الوقاية الثلاثية	تهيئة الظروف المناسبة لإحداث التغييرات التكيفية والبنائية والتكاملية للأسرة وعلاقاتها الداخلية والخارجية وقيمها واتجاهاتها .

وبالرغم من أهمية المستويين الثاني والثالث للوقاية من الإعاقة إلا أن المستوى الأول هو الأكثر أهمية إذ أنه يعني منع حدوث الإعاقة إذا أمكن ذلك . وقد عرضنا بشيء من التفصيل الإجراءات المختلفة التي تستطيع الأسرة تنفيذها على هذا المستوى في الفصل السابع .

استراتيجيات دعم الأسرة

إن التحاق الأطفال بمراكز التدخل المبكر والتي تعنى بالأطفال ذوي الحاجات الخاصة يمثل مرحلة إنتقالية صعبة لآبائهم وأمهاتهم لأنه يتوقع منهم إتخاذ قرارات تربوية غير مألوفة ومواجهة قضايا متنوعة متعلقة بإعاقات أطفالهم . كذلك فإن إنتقال الطفل من المنزل الى هذه المراكز يتطلب من الوالدين قضاء وقت طويل وبذل جهود كبيرة للتعرف على النظام التربوي الجديد والحقوق والواجبات والتربية الخاصة والخدمات المساندة . وبعد التحاق الطفل رسمياً بالمركز قد ينشغل الوالدان بقضايا مثل تكيف الطفل مع الوضع الجديد ، والمواصلات ، والخدمات المقدمة في المركز

والخدمات التي يمكن تقديمها في المنزل وما إلى ذلك . وعلى الوالدين أن يبنيا علاقة مع معلمة الطفل وأن يتعرفا على الأنشطة المخصصة للآباء ويساهما في تنفيذها حسب طبيعة حاجاتهم وقدراتهم الشخصية . كذلك فقد يزعج الآباء أن يكون طفلهم مع مجموعة من الأطفال المعوقين . وإذا كان المركز لا يوفر إلا فرصاً محدودة للتفاعل مع أطفال غير معوقين فإن عزل طفلهم عن الأطفال الآخرين قد يكون مؤلما لهم . وقد لا يترتاح الآباء لابتعاد طفلهم عنهم أثناء ساعات دوامه في المركز وقد يشعرون بالخوف من أن لا تفهم المعلمة الجديدة حاجات الطفل لتتمكن من رعايته بشكل مناسب وتعليمه بشكل فعال . وما نريد تأكيده هو أن المعلمات يستطعن المساعدة وتسهيل عملية إنتقال الطفل من المنزل الى المركز . وذلك يتحقق من خلال تفهم وإحترام هموم الآباء ومخاوفهم . كذلك فإن عليهن ان يرحبن دائماً بأولياء الأمور ويجبن على أسئلتهم بأقصى درجة ممكنة من الوضوح . وحتى تستطيع المعلمة تفهم هموم الوالدين عليها ان تتعرف جيداً على طبيعة إعاقة الطفل وبرنامجه التربوي . فإذا كان الطفل قد تلقى خدمات خاصة في مكان آخر قبل التحاقه بمركز التدخل المبكر فقد تحتاج المعلمات الى التواصل مع الكوادر في ذلك المكان ليتفهمن الطفل أكثر وليطمئن الوالدان بأن جهوداً تبذل لمعرفة الخصائص الحقيقية للطفل . وعند التحدث مع أولياء الامور فإن على المعلمات أن يدركن أنهم يحاولون عمل ما هو أفضل لأطفالهم . وكل أم لها طريقتها الخاصة في التعايش مع إعاقة طفلها ولها فلسفتها الخاصة التي توجه عملية إتخاذ القرار لديها ، ولديها إنطباعات شخصية حول الحاجات الخاصة لطفلها(Vincent, 1992) .

إن توفير الفرص لأولياء الأمور للمشاركة في البرامج التي تقدمها مراكز التدخل المبكر من شأنه أن يسهل العملية الإنتقالية لأن المشاركة تطمئن أولياء الأمور بأنهم يسهمون بطرق بناءه في البرامج التربوية المقدمة لأطفالهم . علاوة على ذلك . فإن المشاركة تبقي الوالدين على إطلاع ومعرفة بالتقدم الذي يحرزه الطفل ويهيئ الفرص لتعلمهما ودعمهما . ولأن كل أب أو أم يشعر بالراحة لطريقة معينة من المشاركة ، فلا بد من توفير بدائل متنوعة لتلبية الحاجات الفردية .

ولطريقة التحدث الى الوالدين في اللقاء الأول أهمية خاصة . ففي هذا اللقاء تستطيع المعلمة وصف المنهاج والفلسفة وجدول النشاطات اليومي وتستطيع الإجابة على أية أسئلة يطرحها الوالدان وتستطيع المعلمة أيضاً مراجعة التقارير الطبية وأية نماذج قام الوالدان بتعبئتها قبل التحاق الطفل بالمركز . كذلك فإن هذا اللقاء يوفر الفرص للمعلمة لتسأل الوالدين عن جوانب القوة في أداء الطفل وعن حاجاته الخاصة . إن تشجيع الوالدين على الحضور الى المركز برفقة طفلهما أثناء مرحلة التكيف الأولى يساعد على تطوير الثقة بين الوالدين والطفل والمعلمة ويخفف القلق المتعلق برعاية الطفل ويعزز مشاركة الوالدين بشكل مستمر . وقد يحتاج بعض الأمهات الى زيارة واحدة في اليوم الأول فقط في حين تحتاج أمهات أخريات عدة أيام الى أن يتعودن على الإبتعاد عن الطفل . وليس من شك في أن إقامة نظام تواصل مستمر منذ البداية تساعد الوالدين على الشعور بالطمأنينة فيما يتعلق بإرسال الطفل الى المركز وتشجعهما على المشاركة في تنفيذ البرنامج التربوي . وفي حين يرتاح بعض أولياء الأمور للتواصل اليومي مع المركز ، فإن هذا التواصل أمر لا يرغب فيه أولياء أمور آخرون . ومن البدائل الممكنة للمذكرات اليومية إجراء الإتصالات الهاتفية بشكل دوري والقيام بالزيارات المنزلية أو إرسال رسائل أسبوعية أو شبه أسبوعية للأسر . كذلك فإن حث الوالدين على زيارة غرفة الصف أثناء الدوام يسهل فتح قنوات التواصل وقد يرغب البعض في القيام ببعض الأعمال التطوعية .

ومن الطرق الأخرى الهامة للحفاظ على مشاركة أولياء الأمور تشكيل مجموعات من الآباء ، فمن خلال الإلتقاء بالآباء الآخرين يطلع أولياء الأمور على القضايا المحلية ذات التأثير على الخدمات المقدمة للأطفال المعوقين . وقد يبدي الآباء إهتماماً بتبادل الخبرات وتقديم الدعم لبعضهم البعض في مواقف إجتماعية محددة . وإذا كان من الصعب على أحد الآباء التعايش مع المرحلة الإنتقالية فقد تعمل مجموعة الآباء على إتاحة الفرص له للتعرف على الآباء الآخرين الذين إجتازوا هذه المرحلة بنجاح وتوفير الدعم المتبادل(Bailet & Wolery, 1992) .

وهكذا فإن بمقدور أخصائيات التدخل المبكر مساعدة الآباء على التعايش بنجاح مع المرحلة الإنتقالية وذلك بإتاحة الوقت الكافي لهم للتكيف . فأولياء الأمور بحاجة الى الوقت للتعود على الإبتعاد عن الطفل والشعور بالطمأنينة والثقة بأن البرنامج المقدم له ملائم ، ولبناء علاقة قائمة على الثقة مع الأخصائيات . ومع أن الوقت اللازم يختلف من أب الى آخر إلا أن معظم الآباء تتطور لديهم الثقة بسرعة نسبياً سواء في القائمين على رعاية طفلهم أو الخدمات المقدمة له .

تأثير الإعاقة على الأسرة

تتعرض أسر الأطفال المعوقين لضغوط مختلفة في المراحل المختلفة . وربما يكون من أهم مصادر الضغط متطلبات الرعاية المستمرة للطفل المعوق . كذلك فمن مصادر الضغط عدم توفر الفرص الكافية للتفاعل الإجتماعي بسبب حاجة الطفل الى العناية وصعوبة الحصول على المساعدة لتلبية تلك الحاجة الهامة وكذلك لأن اصطحاب الطفل خارج المنزل قد يكون بحد ذاته مصدر ضغط وتوتر . والمصدر الثالث من مصادر الضغط هو البديل التربوي المتاح لتعليم الطفل المعوق فتدريسه في مدرسة عادية إذا كانت الظروف المحلية مهيأة لذلك يرافقه تخوف على الطفل من الرفض والعزل وتدريسه في مدرسة خاصة للمعوقين ليس أكثر سهولة لما قد ينطوي عليه من صعوبات مختلفة .

وللتعرف إلى طبيعة تأثيرات الإعاقة على الأسر في دولة الامارات قام الخطيب (1996) بتوزيع مقياس التقييم الشامل للأداء الأسري الذي وضعه مكلنـــدن (Mclinden, 1990) بعد التحقق من صدق الصورة المعربة على (35) أسـرة . والجدول أدناه يبين نتائج هذه الدراسة وهو يوضح أن أكثر تأثيرات الإعاقة بروزاً هي تلك المتعلقة بالقلق حول مستقبل الطفل المعوق ، وصعوبة التعايش مع الإعاقة ، ومتطلبات الرعاية اليومية للطفل المعوق .

الجدول رقم (13-1)

تكرار ونسبة أولياء الأمور الذين افادوا أن الفقرة تمثل ما يحدث دائماً او ما يحدث كثيراً (ن=35)

الرقم	الفقرة	التكرار	النسبة
-1	إن متطلبات الرعاية بطفلي المعوق تجعل من الصعب على إتمام الواجبات الأسرية الروتينية	8	%33
-2	إن الوقت الذي أقضيه مع طفلي المعوق أكبر من الوقت الذي أقضيه مع أفراد أسرتي الآخرين	16	%46
-3	بإستطاعتي أن أجد شخصاً يعتمد عليه للعناية بطفلي المعوق عندما احتاج الى ذلك	9	%26
-4	إن متطلبات الرعاية بطفلي المعوق تجعل من الصعب علي أن أجد الوقت الكافي لنفسي	14	%40
-5	إن جدول نشاطاتنا اليومي يتمركز حول حاجات طفلنا المعوق	10	%29
-6	إنني أتغيب عن عملي بسبب متطلبات الرعاية لطفلي المعوق	7	%20
-7	إنني أتعامل مع طفلي المعوق بنفس الطريقة التي أتعامل بها مع أي طفل آخر	26	%74
-8	إنني أستخدم مصطلحات مثل «معوق» ، «متأخر» أو «ذو	10	%29
-9	حاجات خاصة» عندما أتحدث عن مشكلات طفلي	23	%66
-10	إنني أتعامل مع طفلي المعوق بطريقة مختلفة (خاصة)	15	%43
-11	إنني أشعر بالقلق حول مستقبل طفلي	32	%92
-12	إن إبني المعوق يحقق تقدماً في نموه وسلوكه	15	%43
-13	إنني أحسد الآباء والأمهات الذين ليس لديهم أطفال معوقون	5	%14
-14	إنه أمر مقبول بالنسبة لي أن يكون أحد أفراد الأسرة معوقاً	12	%37
-15	أعتقد أنه أمر صعب أن يكون أحد أفراد الأسرة معوقاً	25	%71
-16	إنني أصطحب طفلي معي خارج المنزل	30	%86
-17	أشعر بالراحة عندما أتحدث عن مشكلات طفلي مع الآخرين	12	%34
-18	إن أفراد أسرتي يتحدثون عن الأشياء التي تزعجهم	14	%40
-19	أتحدث أنا وزوجي / زوجتي عن مشكلات طفلنا	27	%74
-20	أعتقد أنني أمتلك القدرة على تحمل مسؤوليات تربية طفل معوق	20	%57
-21	لدي الرغبة في مساعدة الآخرين لتلبية متطلبات رعاية طفل معوق	16	%46
-22	إن كون طفلي معوقاً ساعدني في تعلم طرق أفضل لمواجهة المشكلات	22	%63

23 -	إن الدين بالنسبة لأسرتنا مصدر قوة للتعامل مع متطلبات رعاية طفل معوق	34	%97
24 -	إنني أشارك في النشاطات المختلفة التي تفيدني وتفيد طفلي المعوق	13	%37
25 -	إن أقاربي يقفون الى جانبي وجانب طفلي المعوق	21	%60
26 -	إن أصدقائي يدعمونني ويدعمون طفلي المعوق	14	%40
27 -	إن متطلبات الرعاية بطفلي المعوق تقلل الوقت المتوفر لنا لنكون مع الأسرة	9	%26
28 -	إن قدرتنا على الإستمتاع بالإجازات محدودة بسبب إعاقة طفلنا	9	%26
29 -	إن أقاربي يتقبلون طفلي المعوق	25	%71
30 -	إن الناس في المجتمع يتقبلون طفلي المعوق	24	%69
31 -	هناك أطفال يستطيع طفلي المعوق أن يلعب معهم	24	%69
32 -	إن أسرتي تضحي بأشياء مختلفة بسبب تكاليف العناية بطفلنا المعوق	13	%37
33 -	إن المبالغ التي أنفقها على طفلي المعوق أكثر من تلك التي انفقها على أطفالي الآخرين	11	%31
34 -	إنني أشعر بالإكتئاب	13	%37
35 -	إنني أشعر بالتعب والإرهاق	19	%54
36 -	إنني أعاني من بعض الأمراض البسيطة	5	%14
37 -	إنني أشعر بالسعادة	16	%46
38 -	إنني أشعر بالحيوية والنشاط	20	%57
39 -	إنني آخذ قسطاً كافياً من النوم	17	%49
40 -	إن أطفالي الآخرين يساعدون في رعاية طفلي المعوق عن طيب خاطر	19	%54
41 -	إن أطفالي الآخرين يلعبون مع طفلي المعوق	21	%60
42 -	إن أطفالي الآخرين يبدون تعاطفاً مع طفلي المعوق	22	%63
43 -	إن أطفالي الآخرين يتشاجرون مع طفلي المعوق	11	%31
44 -	إن أطفالي الآخرين يتذمرون من طفلي المعوق	4	%11
45 -	إن أطفالي الآخرين يشعرون بالحرج من طفلي المعوق	-	-
46 -	إنني أعطي أطفالي الآخرين نفس القدر من الإهتمام الذي أعطيه لطفلي المعوق	20	%57
47 -	إن أطفالي الآخرين يتقبلون طفلي المعوق	22	%63

-48	إن أطفالي الآخرين يطرحون الأسئلة حول طفلي المعوق	16	٪46
-49	إن أطفالي الآخرين يضبطون سلوك طفلي المعوق	15	٪43
-50	إن أطفالي الآخرين يساعدون طفلي المعوق على بناء علاقات صداقة	16	٪46
-51	إن أطفالي الآخرين يساعدون طفلي المعوق على التعلم	20	٪57

وفي دراسة أخرى ، حاولت الحديدي والخطيب (1996) تحديد أثر اعاقة الطفل على الأسرة في الأردن . وحاولت هذه الدراسة أيضا معرفة علاقة ذلك ببعض المتغيرات . ولتحقيق ذلك تم اعداد صورة عربية من مقياس التقييم الشامل للأداء الأسري الذي وضعه مكلندن (Mclinden) . وبعد التحقق من صدق الصورة المعربة وثباتها تم توزيعها على آباء وأمهات (72) طفلاً وطفلة تراوحت أعمارهم ما بين 3- 8 سنوات كانوا ملتحقين بأربعة مراكز للتربية الخاصة في مدينة عمان عند اجراء الدراسة .

بينت النتائج ان ما يزيد على 50٪ من الآباء والأمهات أفادوا بأن اعاقة أطفالهم تترك تأثيراً كبيراً أو كبيراً جداً على صعيد 13 فقرة من أصل 51 فقرة يتكون منها المقياس . وكان ترتيب الأبعاد المكونة للمقياس حسب أهميتها بالنسبة للآباء / الأمهات على النحو التالي : العلاقات بين الأخوة ، قبول الاعاقة ، التعايش مع الاعاقة ، والعلاقات الاجتماعية . أما بعد ضغط الوقت والوضع العام للوالدين فلم يكن لهما تأثير كبير على الآباء/ الأمهات . وبينت النتائج أيضا ان متغيري العمر الزمني للطفل والمستوى الاقتصادي للأسرة لم يكن لهما أثر ذو دلالة على استجابات الآباء والأمهات .

مع أباء وأمهات الأطفال المعوقين *

إن وجود ابن معوق بين أبنائي قد وسع بشكل هائل وجهة نظري في القضايا التي ينبغي على الأخصائيين معالجتها عند التعامل مع الأسر . فمعظم برامج التدريب محدودة وقاصرة عن إعداد الأخصائيين للتعامل المفيد مع أولياء أمور الأطفال المعوقين ومساعدتهم على حل المشكلات الحياتية اليومية . ولا أذكر أنني تعلمت في الجامعات الثلاث التي درست فيها كيف أتعامل مع قضايا مثل «سبل مساعدة الأشقاء على فهم مضامين إعاقة أخيهم أو أختهم» أو «سبل مساعدة الطفل المعوق على تكوين علاقات صداقة» أو «سبل التصرف في الأماكن العامة عندما يحملق الناس بك او يهزأون من الطفل المعوق» .

ومع ذلك فالأمور لم تسر على مايرام . فقد مررت أنا وزوجتي بسلسلة طويلة من التفاعلات المأساوية مع الأخصائيين وكانت التفاعلات تعكس الشكاوى التي طالما سمعتها من أولياء الأمور الآخرين . وبناء على تلك الخبرات ، أعدت النظر كاملاً في المفاهيم التي كنت أتبناها حول إساءة معاملة الأخصائيين لأولياء أمور الأطفال المعوقين وتفسيراتي لردود الفعل التي تنشأ عند إنجاب طفل معوق . وقد تحولت بين ليلة وضحاها من دور «الأخصائي» الى دور «الأب المريض» . فقد وصف لي الطبيب بعض الحبوب المهدئة وذلك إفتراض شائع فكثيرون يفترضون أن آباء الأطفال المعوقين يعانون من سوء التكيف النفسي وأنهم مرشحون أقوياء للإرشاد والعلاج النفسي والمهدئات .

«لماذا لا يدرك المعلمون أنني أكثر الناس معرفة بطفلي؟ فأنا أعرف الأشياء التي يحبها والاشياء التي لا يحبها ، وجوانب القوة وجوانب الضعف لديه ، وأعرف طموحاته ومخاوفه . كل ما أطلبه هو أن يستمع المعلمون الى ما أقوله» .

* أخذت بتصرف من (Thrnbull & Turnbuull , 1978) .

«لم أنجح في إقناع المعلمة أن إبنتي تحتاج الى التعزيز . ولن يفيد أبداً أن أقول لإبنتي أن أداءها في المدرسة جيد . إنها تريد ان تسمع ذلك من معلمتها . وبصراحة ، لا أعتقد أن الخطأ خطأ إبنتي في كثير من الأحيان ، فهي تعطى أعمالاً غير مناسبة لها» .

«بعد صعوبة كبيرة ، إستطعت أن ألتقي بمعلمة إبنتي . وقد فوجئت وإنزعجت لأن المعلمة لم تعر إهتماماً لآرائي وملاحظاتي» .

«لم يحدث أبداً أن إعتبرت إبني عبئاً . لقد شعرت دائماً وما زلت أشعر أنني محظوظة أن لدي طفلاً معوقاً . فمن خلاله تعلمت الصبر وتعلمت تحمل الآخرين الذين لديهم قدرات متدنية او مختلفة . وكمعلمة فقد تأثرت جداً به . فلم أعد أبداً أحكم على الطالب إعتماداً على ما يستطيع عمله ، إنني أحاول أن أفهمه كإنسان . وعليه فقد كان لإعاقة إبني أثر إيجابي وبناء على حياتي» .

«إننا نتعلم من المرض نفس القدر الذي نتعلمه من الصحة . ونتعلم من الإعاقة نفس القدر الذي نتعلمه من التميز ، بل وربما أكثر . فالروح البشرية لم تَسمُ من التخمة وإنما من الحرمان في معظم الأحيان . ولا يعني ذلك أن الاسى أجمل من السعادة ، أو أن المرض أفضل من الصحة ، أو أن الفاقة أحسن من الغنى . لو كنت قد خيرت ، لفضلت ألف مرة أن تكون إبنتي طبيعية تعيش حياة طبيعية . إنني أفتقد على الدوام البنت التي لم تستطع إبنتي ان تكونها .

ولكني لست مستلسمة ولن أستسلم أبداً فالإستسلام هو الموت بعينه . على النقيض من ذلك ، فما أحتج عليه هو ذلك النصيب الغامض الذي سقط عليها وأوقف نموها . ما كان لهذا ان يحدث ، ولأنه حدث لي ولأنني أعرف معنى هذا الأسف المزمن فإنني أبذل ما في جهدي لأمنع هذه المعاناة عن الآخرين» .

«لقد قررت منذ البداية ان لا أكون أماً لبنت معوقة . ولقد حرصت على أن أقاوم النزعة نحو تغيير هويتي الشخصية الرئيسية للإعتراف بالعثرات التي تنتظرني على الطريق الذي دفعتني الإعاقة إلى أن أسلكه . لعل الطريق قد تغير ولكنني ما زلت أنا ولم أتغير . فإبنتي كاثرين ليست منغولية أو لديها متلازمة داون- هذا المصطلح الذي يعتقدون أنه أخف على اللسان - لا ، فهي طفلة/ طفلتي وإسمها كاثرين ، ولديها منغولية أو أي إسم آخر يستخدمه الآخرون . لا يهمني كيف يصفها الآخرون . إن المؤسسات او المراكز قد تقدم لي خدمات او معلومات او النصائح والدعم ، ولكنها لا تستطيع ان تقدم لي أو لإبنتي كاثرين الهوية» .

استراتيجيات الدّعم

إذا كان الوالدان محظوظين بوجود والدين محبين لهما وبخاصة إذا كانوا يعيشون في نفس المنطقة ، فذلك يمثل دعماً وتفهماً يجب تشجيعهما وتطويرهما . ولكن دعونا لا ننسى أنهما أيضاً قد صدما بالإعاقة وشعرا بالمرارة وقد يحتاجان أحياناً إلى الإرشاد . إنهما بحاجة إلى أن يعرفا الحقائق ويعرفا كيف يستطيعان المساعدة . في بعض المجتمعات ، فإن الجدة تلعب دوراً يزخر بالحب والدعم والرعاية .

وكثيراً ما يكون «الأطفال الآخرون» منسيين في الأسرة التي يعاني أحد أفرادها من الإعاقة . وغالباً ما تحاول الأسرة حمايتهم من «الكارثة» ويعلم الأطفال ان هناك خطأ ما بل قد يبلغون بأن لدى أخيهم أو أختهم إعاقة . ولكن لأن بقية أفراد الأسرة لا يفهمون الإعاقة فهماً جيداً ، فهم قد لا يستطيعون تقديم معلومات يمكن فهمها بسهولة للأطفال الآخرين .

إن الأطفال الآخرين بحاجة الى المساعدة . وكما هو الحال بالنسبة للجد والجدة ، يجب أن يشاركوا في بعض الجلسات الإرشادية المخصصة لتقديم المعلومات

إذا كانت أعمارهم تمكنهم من فهم الأمور . وينبغي على الأخصائيين أن يساعدوا الوالدين ويشرحوا لهما طرق تقديم المعلومات البسيطة لهؤلاء الأطفال . وكثيرون هم الأخوة الذين عبروا عن إستيائهم لأنهم لم يكونوا قادرين على إيجاد الكلمات المناسبة لتفسير إعاقة أخيهم او اختهم لأصدقائهم . ومن المهم أن يستطيع الأخوة تقديم مثل هذه المعلومات . وفي الوضع المثالي ، يجب أن تتوفر مجموعات لدعم أخوة الأطفال المعوقين في البيئة المحلية . فمثل هذه المجموعات من شأنها أن تشعر هؤلاء الأخوة بأن الأمر عادي بأسرع وقت ممكن . والأخوة بالطبع بحاجة إلى أخوة تماماً كما أن الآباء بحاجة إلى آباء لمساعدتهم على الإحساس بأنهم ليسوا وحدهم .

والأخوة غالباً ما يكونون أعظم مصدر للقوة ، ولكن الآباء لا يستثمرونهم . ولا يحدث ذلك لأن الآباء لا يحبون أبناءهم بل على العكس تماماً فمحبتهم لهم هي السبب . ويجب أن يكون الأخوة الحليف القوي للوالدين ولكن على الوالدين ان يتجنبا توقع الكثير من أبنائهم وبناتهم فيحرمونهم طفولتهم .

والوقاية دائماً أحسن من العلاج ، وفي عالم مثالي يجب معرفة المشكلات التي يواجهها أخوة الطفل المعوق منذ البداية . وقد تكون إعاقة الأخ أو الأخت أحد الأسباب التي تكمن وراء مواجهة المشكلات ، فالناس نتاج بيئتهم الكلية . والوقاية تنبثق عن الأسرة ولكن الأسرة بحاجة الى المعرفة لتقوم بذلك . فالعلاج يوجد خارج الأسرة على الرغم من أن عملية الشفاء تتدعم بتفهم الأسرة . ويجب أن لا ننسى ان العلاج كثيراً ما يخلف أثراً . فإتجاهات الوالدين نحو طفلهما المعوق ووعيهما لحاجات ومشاعر أطفالهما الآخرين تؤثر تأثيراً كبيراً على نوعية العلاقات بين الأخوة . وإذا كانت الوقاية هي الهدف ، فلا بد من التعامل مع العلاقات بين الأخوة بوصفها قضية تهم الأسرة بأكملها .

الدعم المتواصل

في عالم مثالي ، يكون هناك «فريق» يواصل تقديم الدعم المادي والمعنوي على

مدى السنوات الخمس الأولى من العمر على أقل تقدير . فالمعالج الطبيعي يساعد في التغلب على المشكلات الحركية ، ويقدم أخصائي العلاج النطقي النصائح فيما يتعلق بالمشكلات المرتبطة بالكلام والتنفس ، ويراقب طبيب الأطفال الوضع الصحي والنمائي . ويستمر الآباء الآخرون بتقديم الدعم والتشجيع . وفي الأوضاع المثالية ، يجب توفر هذا الفريق للأسر دون مواعيد مسبقة في الحالات الإضطرارية . ويجب أن تتوفر مراكز خاصة يستطيع الآباء الإتصال بها هاتفياً او الذهاب إليها في أي وقت .

إلا أن معظم الناس لا يعيشون في عالم مثالي . فكثيرون هم الناس الذين يعيشون في عالم لا يوجد فيه معالجون او أطباء أطفال او مراكز متخصصة أو هواتف حتى . ويعيش معظمنا على مقربة من أسرة لديها طفل معوق ، إلا إذا كنا نسكن منطقة نائية جداً وعدد أفرادها قليل جداً . وتستطيع كل أسرة أن تدعم الأسرة الأخرى وتبعث فيها الأمل وتساعدها بشكل أو بآخر . ودعم الأسر للأسر هو حجر الزاوية بالنسبة لكل الدعم الجيد والمساعدة الجيدة . بعبارة أخرى ، يجب ألا يسيطر الأخصائيون على كل شيء ويتجاهلوا الدور القيم الذي تقوم به الأسرة . ويجب أن يقدم الأخصائيون الخدمات بعد التشاور مع الأسرة . فالأسر تحتاج إلى ما تعتقد هي أنها بحاجة إليه وليس ما يعتقد الأخصائي أنها بحاجة إليه . وأقوى حليف لأسر الأطفال المعوقين هو الأخصائي الذي يعمل معها على قدم المساواة . أما الأخصائي الذي لا يتشاور مع الأسرة لتحديد حاجاتها قبل تقديم الخدمات لها فهو يحرم الأسرة والطفل من فرص قيمة .

وقد تأخذ روح الشراكة في العمل عدة أشكال ولكنها تعريفاً يجب ان تقوم على التكافؤ ، بحيث يكون لكل طرف مجال معرفة وجملة مهارات يسهم من خلالها في تطور الطفل . وثمة صعوبات عديدة لا بد من التغلب عليها لتصبح هذه العلاقة التشاركية واقعاً . فالأخصائيون لا يتقبلون بسهولة فكرة «الشريك المكافئ» ، إذ كثيراً ما تنفذ البرامج للأطفال دون مشاركة أسرهم في إتخاذ القرارات بالرغم من أنها هي أداة التنفيذ الرئيسية لتلك البرامج .

المجموعات الداعمة

تأخذ مجموعات الدعم عدة أشكال ولكنها غالباً ما ترتبط ببعضها البعض بروابط قوية . وهي تتكون في معظم الحالات من الآباء . ويقود الأخصائيون بعض هذه المجموعات ويقود الأباء البعض الآخر منها بالكامل . إنها جمعيات لأولياء الأمور تهدف الى تقديم الدعم والإرشاد والمساعدة العملية . كذلك فهي تسعى الى الدفاع عن حقوق المعوقين وأسرهم .

وقد يصعب على البعض تصديق حقيقة أن نظم الرعاية ممثلة بالخدمات الطبية والنفسية والتربوية والإجتماعية لا تستطيع تلبية الحاجات الرئيسية للاسر . ولا يعني ذلك أن هذه الخدمات ليست مهمة او أنه لا حاجة لها ولكن المقصود بذلك هو ان الخدمات لا تستطيع ان تفيد بمفردها . فقد أثبت الآباء ، عبر الخبرة الطويلة والمؤلمة ، أن دعم الأسرة للأسرة عامل حاسم يقرر نجاح كل العناصر الأخرى في نظام الخدمات التي تقدم لمساعدة أسر الأطفال المعوقين .

وبعد الصدمة وعدم تصديق الحقيقة والأسى ، يصبح حب الطفل المعوق أمراً سهلاً على الوالدين ولكن تعلم قبول الإعاقة أمر صعب . والصعوبة لا تتعلق بالوالدين بقدر ما تتعلق بالطفل نفسه . فالجميع يريدون ان يعيش أطفالهم حياتهم سعداء وإنه لأمر مؤلم أن يولد الطفل وهو أقل حظاً ، والناس هم المفتاح للحياة الطبيعية . فما أجمل ان يوجد الناس المناسبون في الأوقات المناسبة . فالمرشدون الاسريون كم هم مفيدون وكم بمقدورهم ان يسرّعوا في قبول الأسرة للإعاقة والتعايش معها ، والقبول يعني عدم إستنفاذ الطاقة لتغيير ما لا يمكن تغييره وإنما التركيز على ما هو قابل للتعديل . والمرشدون الأسريون يعرّفون الآباء والأمهات بالأسر الأخرى ليدعموا بعضهم بعضاً ويتفهموا الحاجات والأدوار الإيجابية للأسرة ككل . والمرشدون الأسريون يقفون بجانب الآباء والأمهات منذ البداية وهم موجودون عند الحاجة اليهم . إنهم يوضحون للآباء والأمهات كيف يعتمدون على أنفسهم . صحيح

أن الآباء والأمهات سيحتاجون الى دعم الأسر والأخصائيين ولكنهم بعد ذلك لا يأخذون فقط ولكنهم يعطون أيضاً .

ولكن المرشد الأسري ليس أكثر من شخص واحد . والناس جميعاً يعتمدون على علاقاتهم مع الأسرة والجيران والأصدقاء . وهم يعتمدون كذلك على مقدمي الخدمات وواضعي القوانين والتشريعات . وهؤلاء هم الأشخاص الذين يجب على آباء وأمهات الأطفال المعوقين والأخصائيين العاملين معهم التأثير عليهم وتغيير إتجاهاتهم . فأسر الأطفال المعوقين لها حقوق ويجب ان توكل لها مهمة تحديد ما هو صائب لأطفالها . وقوة الناس تكمن في تكاتفهم وتعاضدهم . ويمكن تلخيص المبادئ العامة لتطوير وتوجيه الخدمات لاسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في العبارات التالية :

* يجب أن يكون الهدف الكلي لجميع الخدمات تلبية حاجات كل من الطفل وأسرته على نحو شمولي وليس فقط الحاجات الصحية والتربوية للطفل .
* يجب التعبير عن الإحترام الكامل لكل أفراد الأسرة وذلك حق طبيعي لمن يلعبون الأدوار الحيوية في مساعدة الطفل ذي الحاجات الخاصة ،ويجب معاملتهم على الدوام بكل لطف وتقدير وإخلاص وتفهم .
* يجب أن يعمل الأخصائيون مع الوالدين كشريكين في العلاقة المهنية لا أن يقوموا بأدوارهما أو يعملوا نيابة عنهما .
* يجب دعم المصادر الذاتية للأسرة من مهارات وإمكانيات وقدرات . ويجب تشجيع ذلك على الدوام وبذل كل جهد ممكن لتعزيز ثقتها بنفسها وتطوير مستوى كفايتها .
* إن على جميع الأخصائيين أن يستمعوا بعناية لكل أسرة وأن يتوصلوا معها الى القرارات إستناداً إلى تبادل الآراء فذلك يعكس إحتراماً لفردية الأسرة من حيث حاجاتها وقيمها وخبراتها وإعتقاداتها .

* يجب أن يتاح للوالدين الحصول على كل المعلومات ليستخدمانها إذا اختارا ذلك .

* يجب الشروع في تقديم العون والدعم منذ اللحظة الأولى لإكتشاف إعاقة الطفل او حتى الإشتباه بوجودها . ويجب أن يستمر ذلك الدعم إذا أعتقدت الأسرة أنها بحاجة إليه .

* يجب تنظيم الخدمات على أساس العمل بروح الفريق ويجب ألا تطغى آراء أخصائي واحد ويجب أيضاً أن يشترك الوالدان في مراحل تقديم الخدمات المتعاقبة .

ومن الحقائق الأخرى التي يجب ان تكون نصب أعيننا عند العمل مع أسرة الطفل المعوق

* إن حاجات الطفل المعوق كبيرة ولكن حاجات أسرته غالباً ما تكون أكبر .

* إن تكيف الطفل المعوق يعتمد إلى درجة كبيرة على دعم أسرته له وتفهمها لحاجاته وخصائصه .

* إن وراء كل طفل ذي حاجات خاصة أسرة ذات حاجات خاصة .

* كما أن هناك فروقاً فردية كبيرة بين الأطفال ، هناك فروق كبيرة بين الأسر .

* إن أسرة الطفل المعوق بحاجة الى قسط من الراحة بشكل دوري من الأعباء الثقيلة والمتواصلة التي تفرضها العناية بطفل معوق .

* إن الأخصائيين غالباً ما يهتمون بتلبية حاجات الطفل المعوق وينسون او لا يهتمون بما فيه الكفاية بحاجات أسرته .

* إن أسرة الطفل المعوق بحاجة الى الدعم والإرشاد والتوجيه ولكن دون إشعارها بالضعف أو عدم الحيلة .

* إن اسرة الطفل المعوق غالباً ما تعبر عن إعتقادها بأن الأخصائيين لا يتفهمون مشكلاتها ومشاعرها الحقيقية .

* إنه ليس بإستطاعة أي أخصائي بمفرده مهما بلغت مهاراته أن يلبي جميع حاجات أسرة الطفل المعوق .

- تذكر أنك أخصائي وهما والدان . فالطفل المعوق طفلهما وليس من المنطق ان تتوقع منهما أن يتعاملا مع الوضع بموضوعية مثلك أنت .
- لا تتوقع من والدي الطفل المعوق أن يبنيا علاقة ألفة معك في يوم وليلة .
- تعود ان تسمع أكثر مما تتكلم .
- زود الوالدين بكل المعلومات عن طفلهما ما لم يكن هناك مبرر منطقي لحجب بعض المعلومات عنهما .
- حاول أن تجتمع عادة بكل من الأب والأم إذا سمحت الظروف .
- تعامل مع الوالدين بطريقة تشجعهما على الشعور بأنه لا أحد غيرهما مخول باتخاذ القرارات النهائية بشأن طفلهما .
- تصرف أمام الوالدين بطريقة مهنية ناضجة . لا تنتقد الأخصائيين الآخرين أمامهما مهما كان السبب ولا تشكو لهما من الآباء الآخرين .
- إعط الوالدين الوقت الكافي لفهم مشكلة طفلهما ، فأنت كأخصائي لم تعرف الإعاقة في ساعات بل تدربت لسنوات طويلة .
- تذكر أن والدي الطفل المعوق ليسا أقل ثقافة او اقل طموحاً من الآباء الآخرين .
- لا تتهم الوالدين او تشعرهما بأنهما سبب مشكلة طفلهما .
- أنظر إلى مشكلة الطفل من وجهة نظر والديه . فذلك يعبر عن تفهمك للصعوبات التي يواجهانها ويطور علاقة قائمة على الثقة بينك وبينهما .

- تجنب إستخدام المصطلحات التي لا يعرفها الوالدان واستخدم اللغة الدراجة التي يستطيعان الوالدان فهمها بسهولة .
- لا تطلب المعجزات من الوالدين بل ساعدهما في تحقيق أهداف واقعية ممكنة .
- لا تتعامل مع كل الأسر بنفس الطريقة . فكون أحد أفراد الأسرة معوقاً لا يعني أن الأسر جميعاً أصبحت متشابهة .
- لا تتردد في قول «لا أعرف» عندما يقتضي الأمر ذلك ، ولا تقدم إجابات غير علمية وغير موضوعية لأسئلة الوالدين .

المراجع

المراجع العربية

- الحديدي ، منى (1998) . **مقدمة في الإعاقة البصرية** ، مكتبة دار الفكر ، عمان - الأردن .

- الحديدي ، منى ، الخطيب ، جمال (1996) . **أثر إعاقة الطفل على الأسرة . مجلة كلية التربية** ، جامعة المنصورة ، 31 ، 1-28 .

- الحيدري ، أفسر (1985) . **دليل الوقاية من الإعاقة** . وزارة التنمية الاجتماعية ، عمان - الأردن .

- الخطيب ، جمال (1998) . **الإعاقة السمعية** ، مكتبة دار الفكر ، عمان - الأردن .

- الخطيب ، جمال (1997) . دراسة لبعض **عوامل الخطر المرتبطة بالاعاقة في دولة الامارات العربية المتحدة** . بحث مقبول للنشر في مجلة كلية التربية ، جامعة الإمارات .

- الخطيب ، جمال (1996) .تأثيرات الاعاقة على الأسرة . **مجلة المنال** ، 8 ، 40-41 .

- الخطيب ، جمال (1995) . **العمل مع اسرة الطفل المعوق** . مدينة الشارقة للخدمات الانسانية : الشارقة ، الامارات العربية المتحدة .

- الخطيب ، جمال (1992) . **الشلل الدماغي : دليل المعلمين والآباء** . عمادة البحث العلمي ، الجامعة الأردنية . عمان - الأردن .

- الخطيب ، جمال ، الحديدي ، منى (1997) . **المدخل الى التربية الخاصة** . مكتبة الفلاح : العين ، الامارات العربية المتحدة .

- الخطيب ، جمال ، الحديدي ، منى (1995) . **مناهج واساليب التدريس في التربية الخاصة** . مكتبة الفلاح : العين ، الامارات العربية المتحدة .

- القريوتي ، يوسف ، السرطاوي ، عبدالعزيز ، والصمادي ، جميل (1995) . **المدخل الى التربية الخاصة** . دبي الامارات العربية المتحدة : دار القلم .

- القريوتي ، يوسف (1990) . **الاعاقة بين الوقاية والتأهيل** . العين ، الامارات العربية المتحدة : جامعة الامارات العربية المتحدة .

المراجع الانجليزية

- Andeson, J. & Hinojosa, J. (1984). Parents and therapists in a professional partnership. **American Journal of Occupational Therapy, 38 (7)**, 452461 .

- Bagnato , S., Munson, S., & MacTurk, R. (1987). Exceptional infants and toddlers. In J. Neisworth & S. Bagnato (Eds.) **The young exceptional child** , (PP. 180-205) . New York Macmillan.

- Bailey, D., Simeonsson, R., & Yoder, D., & Huntington, G. (1990). Preparing professionals to serve infants and toddlers with handicaps and their families. **Exceptional Children, 57**, 26-35 .

- Bailey , D., Wolery, M. (1992) **Teaching infants and preschoolers with disabilities**. Columbus , Ohio : Charles E. Merrill .

- Batshaw, M. Perret , Y. (1992). **Children with handicaps : A medical primer.** Baltimore: Pual H. Books.

- Bennett , F.C. & Guralnick , M.J. (1991) Effectivencess of developmental intervention in the first five years of life . **Pediatric Clinics of North America , 38 (6)** , 1513- 1528.

- Bigge, J. (1982) . **Teaching individuals with physical and multiple disabilities**. Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.

- Bloom, B.S. (1964). **Stability and change in humart characteristics** . New York : John Wiley & Sons.

- Bricker, D., Cripe , J. (1992). **An activity - based approach to early intervention**. Baltimore : Paul H. Brookes.

- Browich, R. (1981). **Working with parents and infants.** Austin, Texes Pro- ed .

-Caldwell , B.M. Aggression and hostility in young children. In L. Adams and B. Garlick (Eds.) **Ideas that work with young children.** Washington DC: National Association for the Education of Young Children, 1979 .

- Cartwright , G. , Carrtwright , C., Ward, M. (1989). **Educating special learners** (2nd ed.) Belmont, California, Wadsworth Publishing Company .

-Casto, G. Mastropieri, M. (1986) The efficacy of early intervention programs: A meta - analysis . **Exceptional Children, 52**, 417-424 .

- Coleman, M. (1986) **Behavior disorders : Theory and practice .** Englewood Cliffs, NJ: Prentice - Hall.

-Dunst, (1985). Rethinking early intervention **Analysis and Intervention in Developmental Disabilities, 5**, 165-201 .

- Fallen, N.. & Umansky, W. (1985). **Young children with special needs** (2nd Ed.) Columbus, Ohio : Charles E. Merrill.

- Fewell, R. (1982) . The early years In N. G. Haring (Ed.). **Exceptional Children and youth**. Columbus, Ohio : Charles E. Merrill (PP.51-71).

- Fox, L. Hanline, M., Vail C., & Galant, K. (1994). Developmentally appropriate practice: Applications for young children with disabilities, **Journal of Early Intervention, 18(3)** , 243-257 .

- French, R., & Jansma, P. (1982). **Special physical education.** Columbus, Ohio : Charles E. Merrill.

- Glenn, S., Cunningham, C. (1984). Nursery rhymes and early language acquisition by memtally handicapped children. **Exceptional Children, 51(1)** , 72-74.

-Goodman . J. (1993). Curriculum issues in early intervention preschool programs. **Early Education and Development, 4,** 182- 183.

- Graham. , & Scott, K. (1988). The impact of definitions of high risk on services to infants and toddlers. **Topics in Early Childhood Special Education , 8**, 23-38.

- Guralnick. M.J. (1990). Major accomplishments and future directions in early childhood mainstreaming. **Topics in Early chidlhood Special Education, 10**, 1-17 .

- Hanft, B. (1988) .The changing environment of early intervention services. **American, Journal of Occupational Therapy, 42, (11)** 26-33.

- Hayden, A. (1974) . Perspectives of early childhood education in special education . In N. Haring (Ed.). **Behavior of exceptional children**. Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.

- Hayden , A., Karnes, M., & Wood , M. (1977). **Early childhood education for exceptional children**, Reston, Virginia The Council for Exceptional Children.

- Hayden, A., & Pious, C. (1979). The case for early intervention . In R. York & E. Edgar (Eds.) **Teaching the severely handicapped**, Seattle: American Association for the Severely / Profoundly Handicapped.

- Heward, W., & Orlansky, M. (1988) **Exceptional children** (2nd Ed.) Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.

- Hunt, J. (1961) . **Intelligence and experience** New York: Ronald.

-Karnes, M. (1977) . Exemplary early education programs for handicapped children. **Educational Horizons, 56(1)** 47-54.

- Kauffman, J.(1989). **Characteristics of behavior disorders of children and youth** . Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.

- Kirk, S., Gallagher, J., Anastasiow, N. (1993) . **Educating exceptional children.** Dallas, Houghton Mifflin .

- Leong S. (1996). Preschool orientation and motility: A review of the Literature. **Journal of Visual Impairment and Blindness, 90(2)** . 145-153.

- Lidz , C. (1983). Emotional disturbance in preschool children. **Teaching Exceptional Children, 15**, 164-167.

- McCollum, J., Rowan, L., & Thorp , E. (1994). Philosophy as training in infancy personnel preparation **Journal of Early Intervention, 18**, 216-226.

- Mcloughlin, J., Lewis, R. (1981). **Assessing special students: Strategies and procedures.** Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.

- Meisels, S. (1985). The efficacy of early intervention.**Topics in Early Childhood Special Education , 5,** 1-12.

- Meisels, S. (1991). Dimensions of early intervention , **Journal of Early Intervention, 15**, 26-35.

-Meisels, S., & Provence, S. (1989). **Screening and assessment.** Washington DC: National Center for Infant Development.

-Neidecker , E. (1987). **School Programs in speech and language.** Englewood Cliffs. New Jersey : Prentice - Hall.

- Neisworth, J.T., Bagnato, S.J. (1992). The case against intelligence testing in early intervention . **Topics in Early Childhood Special Education** , 12, 1-20.

- Odom , S., McEvoy, M. & Jenkins, J. (1984). Integrating handicapped and nonhandicapped preschoolers : Developmental impact on nonhandicapped children. **Exceptional Children,** 51 (1), 41-48.

- Odam , S., McEvoy, M. (1990). Mainstreming at the preschool level. **Topics in Early Childhood Special Education, 10,** 48-61.

- OíToole, B. (1995) . Community - based rehabilitation programs, **Prospects, 25(2)** 311-324 .

- Paasche, C., Gorrill, L. , Strom, B. (1990). **Children with special needs in early childhood settings.** Menlo Park , California : Addison- Wesley.

- Patton , J., Blackbourn , J.M., Fad, K. (1996) .**Exceptional individuals in focus** (6th Ed.) Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.

- Peterson, N.L. (1986). **Early intervention for handicapped and at - risk children : An introduction to early childhood special education.** Denver : Love .

- Reynolds , M. & Birch , J. (1977). **Teaching exceptional children in all America''s Schools.** Reston, Virginia. The Council for Exceptional Children.

-Rogow, S. (1989). Rhythms and ryhmes . **Child: Care, health, development , 8**, 249-260.

- Safford, P. (1975) . **Developmental Intervention with young physically handicapped children** .Springfield , Illinois: Charles, C. Thomas.

- Safford, P. Spodek, B., Saracho , O. (1994) **Early childhood special education** . New York Teachers College Press.

- Scholl, G. (1986). **Foundations of education for blind and visually handicapped children and youth.** New York : American Foundation for the Blind.

- Shonkoff, J., Meisels, S. (1991). Defining eligibility criteria for services under P.L. 99-57. **Journal of Early Intervention 15,** 21-25.

- Snyder, P., Bailey, D., & Auer, C. (1994) Preschool eligibility determination for children with known or suspected learning disabilities. **Journal of Early Intervention . 18 (4)** , 380-390.

- Spodek, S., Saracho, O. (1994). **Dealing with individual diffferences in the early childhood classroom.** White Plains, N.Y. : Longman.

- Stayton, V., & Johnson, L. (1990) Personnel preparation in early childhood special education. **Journal of Early Intervention, 14**, 352-353.

- Tjossem, T. (1976). **Intervention strategies for high risk infants and young children.** Baltimore, MD: Univerisy Park Press.

- Umbreit, J. (1983). **Physical disabilities and health impairments.** Columbus, Ohio : Charles E. Merrill.

- Vincent , L. (1992) Families and early intervention. **Journal of Early Intervention, 16**, 166-172.

- Walker , H.M. & Holland, F. Issues, Strategies and perspectives in the management of disruptive child behavior in the classroom. **Journal of Education,** 1979 , 161(2) 25-50.

- Willis, D., & Faubion, J. (1979) Hearing disabled children and youth . In : B. Swanson & D Willis (Eds.) , **Understanding exceptional children and youth** Chiago, Illinios Rand McNally.

قاموس التدخل المبكر

انجليزي - عربي

قاموس التدخل المبكر
انجليزي - عربي

Abduction	حركة الطرف بعيدا عن مركز الجسم
Ability	القدرة
Abortion	الإجهاض
Abuse	إساءة المعاملة
Accommodation	المواءمة
Accidents	الحوادث
Acquired	مكتسب
Activities of Daily Iiving (A D L)	المهارات الحياتية اليومية
Acuity	حدة البصر أو السمع
Acute IIIness	مرض حاد
Adapation	تكيف
Adapted Physical Education	تربية رياضية معدّلة
Adaptive Behavior	السلوك التكيفي
Adaptive Equipment	الأدوات المكيفة
Adjustment Process	عملية التوافق
Adventitious	مكتسب

Agenesis	غياب عضو أو جزء منه منذ الولادة
Aggression	العدوان
Agnosia	عدم القدرة على التعرف على الاشياء حسيا
Albinism	البهاق
Allergin	مادة محدثة للحساسية
Allergy	الحساسية
Alpha- Fetoprotein	بروتين ينتجه الجنين وينتقل الى الأم عبر المشيمة زيادته أو نقصانه يرتبط ببعض التشوهات الخلقية
Alport Syndrome	متلازمة ألبورت (اضطراب وراثي يشمل الاعاقة السمعية واضطراب الكلى والاعاقة البصرية)
Ambulation	الحركة
Amelia	غياب طرف أو جزء منه
Amniocentesis	فحص السائل الأمنيوسي
Amniotic Fluid	السائل الأمنيوسي (المحيط بالجنين في الرحم)
Amplification	تضخيم الصوت
Amputation	البتر
Amyotonia	عدم توتر العضلة وضعفها

Anemia	فقر الدم
Anenecephaly	تشوه خلقي خطير يشمل عدم تطور معظم أجزاء الجهاز العصبي المركزي
Anesthesia	التخدير
Aniridia	غياب القزحية أو جزء منها
Ankylosis	تيبس المفصل
Annual Goals	الاهداف السنوية
Anomaly	تشوه
Anoxia	نقص الاكسجين
Anterior	أمامي
Anticonvulsants	مضادات التشنج
Antibiotics	مضادات حيوية
Aperts'Syndrome	متلازمة أبيرت (اضطراب وراثي تكون فيه عظام الجمجمة مشوهة)
Appropriate for Gestational Age	وزن الوليد متناسب ومدة الحمل
Apraxia	عدم القدرة على تأدية المهارات الحركية الارادية
Arthritis	التهاب المفاصل

Arthrogryposis	التقوس المفصلي
Asphyxia	الاختناق
Assessment	التقييم
Assimilation	التمثل
Asthma	الربو
Asymmetrical	غير متماثل
Ataxia	عدم التوازن
Atelectasis	عدم توسع الرئة لدى المواليد الجدد
Athetosis	الشلل الدماغي التخبطي (الالتوائي)
Atonia	فقدان التوتر العضلي
At-Risk Children	الاطفال المعرضون للخطر
Atrophy	ضمور
Attention Deficit	عجز عن الانتباه
Atypical	غير عادي
Audiogram	تخطيط السمع
Audiologist	اخصائي قياس السمع
Audiometer	جهاز قياس السمع
Auditory Disability	اعاقة سمعية
Aura	التحذير الذي يسبق النوبة الصرعية

Autism	التوحد
Autsomal Dominant Disorder	اضطراب وراثي سائد
Autsomal Recessive Disorder	اضطراب وراثي متنحّس
Babinski Sign	علامة بابنسكي (رد فعل غير طبيعي في الاصبع الكبير في القدم عند اثارته)
Basal Ganglia	العقدة القاعدية في الدماغ
Behavior Disorders	الاضطرابات السلوكية
Behavior Modification	تعديل السلوك
Behavior Rating Scales	قوائم تقدير السلوك
Behavioral Objective	الهدف السلوكي
Bilateral	في طرفي الجسم
Bilirubin	البلريوبين (المادة الصفراء)
Biochemical Imbalance	خلل بيوكيميائي
Biological Risk	خطر بيولوجي
Birth Defect	تشوه ولادي
Blind	اعمى
Blood Incompatibility	عدم توافق الدم
Bobath Approach	طريقة بوباث في العلاج الطبيعي
Body Awareness	الوعي الجسمي

Bonding	الارتباط بين الام وطفلها
Bone Conduction	التوصيل العظمي
Braille	بريل
Brain	الدماغ
Brain Damage	التلف الدماغي
Brain Dysfunction	الخلل الدماغي
Brain Stem Evoked Response (BER)	الفحص السمعي عن طريق تحليل استجابات الدماغ
Caesarean Section	الولادة القيصرية
Case Study	دراسة حالة
Cataract	الماء الابيض (اعتام عدسة العين)
Category	فئة
Center- Based Programs	برامج منفذة في المركز
Central Nervous System	الجهاز العصبي المركزي
Central Vision	البصر المركزي
Cerebellum	المخيخ
Cerebral Cortex	القشرة الدماغية
Cerebrum	المخ
Cerebral Palsy	الشلل الدماغي (المخي)

Cerebrospinal Fluid	السائل المخي الشوكي
Child Abuse	اساءة معاملة الطفل
Child Find	البحث عن الاطفال المعرضين للخطر في المجتمع
Choreoathetosis	شلل دماغي تخبطي
Chorionic Villous Sampling (CVS)	فحص يجري قبل الولادة لاكتشاف الاضطرابات الكروموسومية
Chromosomal Abnormality	اضطراب كروموسومي
Chromosomes	كروموسومات
Chronic Illness	مرض مزمن
Chronological Age	العمر الزمني
Classification	التصنيف
Cleft lip	الشفة الارنبية
Cleft Palate	سقف الحلق المشقوق
Clinical	عيادي
Clonus	تشنج واسترخاء العضلات في حالة النوبة الصرعية
Cluttering	سرعة الكلام
Congnitive Disability	اعاقة معرفية (عقلية)

Communication Disorder	اضطراب تواصل
Competence	كفاية
Conductive Hearing Loss	فقدان سمعي توصيلي
Congenital	ولادي (خلقي)
Contracture	تشوه وضعي
Coping	تعايش
Cornea	القرنية
Counseling	الارشاد
Curriculum	المنهاج
Custodial Care	رعاية المعوقين في مؤسسات
Day School	مدرسة نهارية
Deafness	صمم
Deaf Blind	أصم - مكفوف
Decibel	الديسبل (وحدة قياس شدة الصوت)
Deficit	ضعف
Deinstitutionalization	الآايواء
Development	نمو
Diabetes	السكري
Diabetic Retinopathy	اعتلال الشبكية الناتج عن السكري

Diagnostic Prescriptive Model	المنحي التشخيصي - العلاجي
Diet Therapy	المعالجة بالغذاء
Diplegia	اصابة طرفي الجسم
Directive Teaching	التعليم المباشر التوجيهي
Disability	عجز
Discrimination	تمييز
Disorder	اضطراب
Disruptive Behavior	سلوك فوضوي
Distractibility	تشتت
Doman - Delecato Approach	طريقة دومان ديليكاتو في العلاج الطبيعي
Down Syndrome	متلازمة داون (المنغولية)
Dysarthria	عسر الكلام
Dyscalculia	العجز عن اجراء العمليات الحسابية
Dyslexia	عسر القراءة
Dysgraphia	العجز عن تأدية الحركات اللازمة للكتابة
Dyspraxia	عدم القدرة على اختيار الكلمات المناسبة

Dystonia	اضطراب مستوى التوتر العضلي
Dystrophy	حثل (تشوه) عضلي
Early Childhood	طفولة مبكرة
Early Intervention	التدخل المبكر
Echolalia	تكرار عديم المعنى لكلام الاخرين
Educable Metnally Retarded	المتخلفون عقليا القابلون للتعلم
Emotional Disturbance	الاضطراب الانفعالي
Encephalitis	التهاب الدماغ
ENT Specialist	اخصائي أنف ، أذن ، حنجرة
Environmental Risk	عامل خطر بيئي
Epilepsy	صرع
Etiology	سبب
Evaluation	تقييم
Exceptional Children	اطفال ذوو حاجات خاصة
Expressive Disorder	اضطراب في العضلات المنتجة للأصوات
Expressive Language	اللغة التعبيرية
Extinction	المحو (الاطفاء)
Eye- Hand Coordination	تأزر بصري – يدوي

Family Counseling	إرشاد أسري
Farsightedness	طول نظر
Feeble - Minded	ضعيف العقل
Fetal - Alcohol Syndrome	متلازمة الطفل الكحولي
Fetus	جنين
Figure - Ground	شكل - خلقية
Fine Motor Skills	مهارات حركية دقيقة
Finger spelling	تهجئة بالاصابع
Flobby child	طفل ضعيف لديه ارتخاء
Fluency	طلاقة الكلام
Forebrain	الدماغ الامامي
Frequency	ذبذبة الصوت وتقاس بالهيرتز
Fridreich Ataxia	شلل فريدريك
Functional	وظيفي
Gait	مشية
Galactosemia	الجلاكتوسيميا (عجز الجسم عن تمثيل الجلاكتوز)
Gene	الجين
Genetic Counseling	إرشاد جيني (وراثي)

Genetic Disorder	اضطراب جيني
Genetics	علم الوراثة
German Measels	الحصبة الالمانية
Gestational Age	مدة الحمل
Gestural Language	اللغة الايمائية
Glucoma	الجلوكوما (فرط الضغط الداخلي في العين)
Gower's Sign	مؤشر جاور (من علامات الوهن العضلي)
Grand Mal Seizure	النوبة التشنجية الكبرى
Gross Motor Skills	مهارات حركية كبيرة
Group Test	إختبار جمعي
Guide Dog	كلب دليل / موجه (للمكفوفين)
Habilitation	التأهيل
Handicap	الاعاقة
Hard of Hearing	ضعيف (ثقيل) السمع
Head Injury	إصابة الرأس
Head Lag	عدم القدرة على التحكم بالرأس
Hearing Aid	معينة سمعية

Hearing Impairment	إعاقة سمعية
Hearning Loss	فقدان سمعي
Hemimelia	عدم نمو الطرف أو جزء منه
Hemiplegia	شلل نصفي
Hemglobin	الهيموجلوبين (المادة الحمراء في الدم التي تحمل الاكسجين)
Hemophilia	الهموفيليا (مرض نزف الدم)
Hemorrhage	نزيف
Heredity	الوراثة
Herpes Simlex	مرض القوباء (مرض جنسي جلدي)
Hertz	الهيركز (وحدة قياس شدة الصوت)
Heteregeneous	غير متجانس
High- Risk Signals	علامات الخطر
Hindbrain	الدماغ الخلفي
Home - Based Training	التدريب المنزلي
Hormone	الهرمون (مادة كيمياوية تفرزها الغدد الصماء)
Hoover Cane	عصارة الهوفر (عصا طويلة للمكفوفين)
Hydrocephalus	استسقاء الدماغ

Hydrotherapy	العلاج الطبيعي بالماء
Hyperactivity	النشاط الزائد
Hyperglycemia	زيادة مستوى السكر
Hyperopia	طول النظر
Hypertonia	زيادة مستوى التوتر العضلي
Hypertrophy	تضخم
Hypoglycemia	انخفاض مستوى السكر
Hypotonia	انخفاض مستوى التوتر العضلي
Hypoxia	نقص الاكسجين عن أنسجة الجسم
Identification	التعرف
Idiopathic	عدم وضوح السبب
Immobile	غير متحرك
Impairment	ضعف / اعتلال
Impulsivity	تهور
Incidence	نسبة الحدوث
Incontinence	عدم القدرة على التحكم بالمثانة أو الأمعاء
Independent Living	العيش المستقل
Individual Test	اختبار فردي

Individualized Education rogram	البرنامج التربوي الفردي
Infant Stimulation	اثارة الرضيع
Inferior	سفلي
Informal Assessment	تقييم غير رسمي
Innate	فطري
Inner Ear	الأذن الداخلية
Institutionalization	الايواء
Instruction	تعليم
Insulin	هرمون الانسولين
Integration	دمج
Intelligence	الذكاء
Intensity	الشدة
Interdiciplinary	متعدد التخصصات
Interindividual Differences	فروق فردية
Intervention	تدخل
Interview	مقابلة
Intracranial Hemorrhage	نزيف دماغي
Intrinsic	داخلي

Inventory	أداة مسحية
Involuntary	غير إرادي
I.Q.	نسبة الذكاء
Itinerant Teacher	المعلم المتنقل
Jaundice	اليرقان (الاصفرار)
Joint	المفصل
Juvenile Delinquency	جنوح الأحداث
Kernicterus	زيادة معدل البليريوبين
Kinesthetic	الإحساس بالحركة وبوضع أجزاء الجسم
Klein Felter's Syndrom	متلازمة كلاينفلتر (كروموسوم أنثوي زائد لدى الذكر)
Kobat-knott Approach	طريقة كوبات - نوت في العلاج الطبيعي
Labeling	التسمية التصنيفية
Language	لغة
Language Disorder	إضطراب لغوي
Lateral	جانبي
Law of Effect	قانون الأثر
Lazy Eye	العين الكسولة

Lead Encephalopathy	إضطراب تسممي في الدماغ ينتج عن الإفراط في تناول مادة الرصاص
Learned Help lessness	عجز متعلم
Learning	تعلم
Learning Disabilities	صعوبات تعلمية
Least Restricitive Environment	بيئة تربوية أقل تقييداً
Legally Blind	مكفوف قانونياً
Legg - Perthes Disease	مرض لج - بيرثز (اضطراب في رأس عظمة الفخذ)
Limb Dificiency	عجز في أحد الاطراف
Lipreading	قراءة الشفاة
Littles Disease	مرض لتل
Locomotor	ذو علاقة بالإنتقال من مكان إلى اخر
Long Cane	العصا الطويلة
Lordosis	البزخ (إنحناء العمود الفقري إلى الأمام)
Low - Incidence Handicap	إعاقة قليلة الحدوث
Low Vision	ضعف بصري
Macrocephaly	كبر حجم الرأس

Mainstreaming	الدمج
Maladaptive Behavior	السلوك غير التكيفي
Manual Communication	التواصل اليدوي
Malnutrition	سوء تغذية
Maturation	نضج
Measurement	قياس
Memory	ذاكرة
Meningitis	إلتهاب السحايا
Mental	عقلي
Mental Age	العمر العقلي
Mental Deficiency (Retardation)	تخلف عقلي
Metabolic Disorder	إضطراب غذائي
Microcephaly	صغر حجم الرأس
Mild	بسيط
Minimal Brain Dysfunction	تلف دماغي بسيط
Modeling	نمذجة
Moderate	متوسط
Mongolism	المنغولية

Monoplegia	شلل أحادي
Mother - Infant Attachment	إرتباط الأم بالرضيع
Motor	حركي
Motor Development	نمو حركي
Multidisciplinary	متعدد التخصصات
Multihandicapped	متعدد الإعاقات
Multiple Sclerosis	تصلب متعدد
Multisensory	متعدد الحواس
Muscular Dystrophy	وهن عضلي
Musculoskeletal	إضطراب عضلي - عظمي
Myelomeningocele	كيس سحائي
Myopia Nearsightedness	قصر النظر
Neck Righting	انتصاب الرقبة
Necrosis	موت الأنسجة
Needs Assessment	تقييم الاحتياجات
Negative Reinforcement	التعزيز السلبي
Neonate	حديث الولادة
Nervous System	الجهاز العصبي
Neurodevelopmental Approach	المنحى العصبي النمائي

Neurological Impairment	إعتلال عصبي
Neurons	الخلايا العصبونية
Neuropsychology	علم النفس العصبي (الفسيولوجي)
Noncategorical	غير تصنيفي
Nonlocomotor	عدم القدرة على الحركة
Normal	طبيعي
Normalization	التطبيع (الاندماج في المجتمع)
Norm- Refereced	اختبار معياري المرجع
Nyctalopia (Night Blindness)	العمى الليلي (العشى)
Nystagmus	رأراة العيون
Observation	الملاحظة
Observtional Learning	التعلم بالملاحظة
Occupational Therapy	العلاج الوظيفي
Operant Behavior	السلوك الإجرائي
Operant Conditioning	الاشراط الإجرائي
Optacon	الابتاكون (آلة تكنولوجية للقراءة المكفوفين)
Ophthalmologist	اخصائي طب عيون
Ophthalmology	طب العيون

Optic Nerve	العصب البصري
Optometrist	أخصائي العدسات التصحيحية
Oral Communication	التواصل اللفظي
Oral Method	الطريقة اللفظية في تعليم الصم
Orthopedic Surgery	جراحة العظام
Orthotics	تقويم التشوهات بالأدوات الميكانيكية
Orientation Training	التدريب على التعرف والتنقل للمكفوفين
Osteogenesis Imperfecta	العظام الهشة
Otitis Media	التهاب الأذن الوسطى
Otologist	طبيب متخصص في أمراض الأذن
Otosclerosis	تصلب الأذن
Parallel Paly	اللعب الموازي
Parent Training	تدريب الآباء
Parenting Styles	أنماط التنشئة الأسرية
Paraplegia	شلل سفلي
Paraprofessionals	مساعدو اخصائيين
Partial Seizures	نوبات صرعية جزئية
Partially Sighed	مبصرون جزئياً

Pathology	علم الأمراض
Pediatrician	طبيب أطفال
Pediatrics	طب الأطفال
Perception	الادراك
Perceptual Disorder	اضطراب ادراكي
Perceptual - Motor	ادراكي حركي
Perceptually Handicapped	معوقون ادراكياً
Perinatal	مرتبط بمرحلة الولادة مباشرة
Peripheral Nervous System	الجهاز العصبي الطرفي
Peripheral Vision	بصر محيطي
Personnel Preperation	اعداد الكوادر
Petit Mal Epilepsy	نوبة صرعية صغرى
Phenylketonuria	فنل كتون يوريا
Phocomelia	نوع من أنواع البتر في الذراع
Phonological Disorders	اضطراب الصوت
Physical Disability	إعاقة جسمية
Physical Therapy	علاج طبيعي
Physician	طبيب
Pinna	الصيوان في الأذن الخارجية

Pituitary Gland	الغدة النخامية
Placement	تحديد الوضع التعليمي أو التشغيل
Poliomyelitis	شلل الأطفال
Polydypsia	العطش المفرط
Polyhagia	ادرار البول المفرط
Poyuria	الجوع المفرط
Positive Reinforcement	التعزيز الايجابي
Posterior	خلفي
Postlingual Deafness	صمم بعد تطور اللغة
Postmaturity	تاخر الولادة عن موعدها
Postnatal	بعد الولادة
Pregnancy	الحمل
Prelingual Deafness	صمم قبل الولادة
Prematurity	الخداج
Prenatal	قبل الولادة
Preoperational Stage	مرحلة ما قبل العمليات
Preschoolers	الأطفال في سن ما قبل المدرسة
Prevalence	نسبة الانتشار او الحدوث
Prevention	الوقاية

Primitive Reflexes	الانعكاسات البدائية
Problem Behavior	السلوك المشكل
Process Training	تدريب العمليات
Productive language	اللغة التعبيرية
Professionals	الاخصائيون / المهنيون
Profound	عميق / شديد جداً
Prognosis	المآل المرضى
Program Development	تطوير البرامج
Program Evaluation	تقويم البرامج
Prone	على البطن
Prosocial Behavior	سلوك الاجتماعي مفيد للآخرين
Prosthesis	طرف اصطناعي
Proximal - Distal	سير النمو من المركز الى الطرف
Pseudohpertrophy	تضخم كاذب
Psychoeducational	نفسي- تربوي
Psycholinguistic	نفسي - لغوي
Psychomotor	نفسي - حركي
Ptosis	تدلي الجفن العلوي بسبب شلل العصب الثالث

Quadriplegia	شلل رباعي
Rating Scales	قوائم تقدير
Receptive Langguage	لغة استقبالية
Recessive Genes	جينات متنحية
Referral	إحالة
Rehabilitation	إعادة تأهيل
Reinforcement	تعزيز
Rejected Children	الأطفال المرفوضون
Related Services	الخدمات المساندة
Remedial Education	التربية العلاجية
Remission	فترة اختفاء الأعراض المرضية
Residential Schools	مدارس أقامة
Residual Hearing	السمع المتبقي
Residual Vision	البصر المتبقي
Resource Rooms	غرف مصادر
Response	استجابة
Respite Care	عناية مؤقتة
Retardation	تخلف
Retinopathy of Prematurity	اعتلال الشبكية الناتج عن الخداج

Retrolental Fibroplasia	التليف خلف العدسي
Rheumatoid Arthritis	التهاب المفاصل الروماتزمي
R.H. Factor	العامل الريزيسي
Rigidity	تيبس
Righting Reactions	ردود فعل الانتصاب
Rubella	الحصبة الألمانية
Screening	الكشف المبكر
Scissors Gait	مشية المقص (في حالة الشلل الدماغي التشنجي)
Scoliosis	الجنف (إنحناء العمود الفقري)
Secondary Prevention	الوقاية من المستوى الثاني
Seizures	نوبات تشنجية
Selective Attention	انتباه انتقائي
Self- Help Skills	مهارات العناية بالذات
Self- Injury	الايذاء الذاتي
Self- Stimulation	الإثارة الذاتية
Sensorimotor	حسّي حركي
Sensorineural	حسّي عصبي
Severe Disability	إعاقة شديدة

Severity	مستوى الشدة
Sex Chromosme	الكروموسوم الجنسي
Shaping	التشكيل
Sheltered Workshop	ورشة عمل محمية
Short Gestation Period	قصر فترة الحمل
Shunt Procedure	العملية الصارفة (في حالة الكيس السحائي)
Sickle Cell Anemia	فقر الدم المنجلي
Sign Language	لغة الاشارة
Skill Training	تدريب المهارات
Slow Learner	بطيء التعلم
Snellen Chart	لوحة سنلن (القياس حدة البصر)
Social - Cultural Retardation	التخلف الثقافي - الاجتماعي
Social Development	النمو الاجتماعي
Social Skills Training	تدريب المهارات الاجتماعية
Social Withdrawal	الانسحاب الاجتماعي
Social Work	العمل الاجتماعي
Spasticity	التشنج
Special Class	الصف الخاص

Special Day School	مدرسة نهارية خاصة
Special Education	التربية الخاصة
Special Physical Education	التربية الرياضية الخاصة
Speech Disorder	اضطراب كلامي
Speech Reading	قراة الكلام
Speech Therapy	العلاج النطقي
Spina Bifida	شق العمود الفقري
Spinal Cord	النخاع الشوكي
Staggering Cait	المشي بترنح
Strabismus	الحول
Strauss Syndrome	متلازمة ستراوس
Stuttering	التأتأة (الفأفأة)
Sudden Infant Deaf Syndrome	الموت المفاجىء للطفل الرضيع
Supine	على الظهر
Tactile	لمسي
Task Analysis	تحليل المهمة
Tay Sachs	مرض تي ساكس
Temperament	المزاج
Temporal Lobe Epilepsy	صرع الفص الصدغي

Teratogens	العوامل المضرّة بالجنين
Tertiary Prevention	الوقاية في المستوى الثالث
Theraputic Recreation	العلاج الترويحي
Therapy	علاج
Tone	توتر
Total Communication	تواصل كلي
Toxemia of Pregnancy	تسمم الحمل
Toxicity	التسمم
Trachoma	التراخوما
Trainable Mentally Retarded	المتخلف القابل للتدريب
Transdisciplinary	متعدد التخصصات
Transitional Care	الرعاية المؤقتة
Tremor	ارتعاش
Triplegia	شلل في ثلاثة أطراف
Trisomy 21	ثلاثية زوج الكروموسومات رقم (21)
Taberculosis	السّل (التدرن)
Underachievement	تدني التحصيل
Visible language	اللغة المرئية
Vision	البصر

Visual Acuity	حدة البصر
Visual Association	الترابط البصري
Visual Discrimination	التمييز البصري
Visual Field	مجال البصر
Visual Impairment	اعاقة بصرية
Visual Perception	الإدراك البصري
Visual Sequential Memory	الذاكرة البصرية المتسلسلة
Vocational Rehabilitation	التأهيل المهني
Voice Disorder	اضطراب صوتي
Voluntary Muscles	العضلات الإرادية
Vulnerable Child	الطفل الضعيف
Wax	المادة الصمغية
X- Ray	الأشعة السّينية

EARLY INTERVENTION

An Introduction to Early Childhood Special Education

دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع

عمان - ساحة الجامع الحسيني - سوق البتراء - تلفون ٤٦٢١٩٣٨
فاكس ٤٦٥٤٧٦١ ص.ب: ١٨٣٥٢٠ عمان ١١١١٨ المملكة الأردنية الهاشمية

ISBN 9957 - 07 - 007 - X ردمك